

BILAN DE L'OFFRE DE SANTE EN BRETAGNE

Introduction



Ce bilan de l'offre de santé est l'une des trois parties du diagnostic préalable à l'élaboration du nouveau Projet Régional de Santé.

Son objectif est de faire état à la mi-2016 de l'offre de santé sur le territoire régional. Son ambition est d'aller au-delà d'une simple photographie de l'existant. A ce titre, il met nécessairement en lien l'offre existante avec ses évolutions récentes, avec l'état de santé de la population, ainsi qu'avec l'exigence d'accessibilité géographique et sociale. De même chaque fin de chapitre ouvre des perspectives sur les évolutions souhaitables de cette offre, traçant en cela des pistes pour le futur PRS.

La construction du précédent PRS avait donné lieu à un travail similaire. J'ai cependant souhaité que le présent document reflète notre priorité donnée au parcours des personnes. Là où il était possible de présenter l'offre autour du parcours de la personne, qu'elle soit par exemple âgée ou en souffrance psychique, c'est cette approche qui a prévalu, présentant ainsi l'offre de santé dans toutes ses caractéristiques : de prévention, ambulatoire, médico-sociale, hospitalière. L'offre de santé ne saurait cependant entièrement se réduire à une présentation par population ; c'est pour cette raison qu'ont été conservées des présentations par grand secteur de l'offre (prévention et promotion de la santé, ambulatoire, hospitalière).

Le Directeur Général

de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

Olivier de CADEVILLE

Sommaire

INTRODUCTION	2
SOMMAIRE.....	3
1. OFFRE DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE.....	4
2. OFFRE AMBULATOIRE	10
3. OFFRE HOSPITALIERE	19
4. OFFRE A DESTINATION DES JEUNES	46
5. OFFRE A DESTINATION DE LA PERSONNE AGEE	50
6. OFFRE A DESTINATION DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP	57
7. OFFRE A DESTINATION DE LA PERSONNE EN SITUATION D'ADDICTION	70
8. OFFRE A DESTINATION DE LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE	76
9. OFFRE A DESTINATION DE LA PERSONNE EN SITUATION DE PRECARITE	82

1. Offre de prévention et promotion de la santé

Introduction et dispositif global

Ce chapitre « offre de prévention et de promotion de la santé » présente de façon globale le déploiement des actions par les différents acteurs et promoteurs qu'ils relèvent du système de santé (au sens large) ou qu'ils soient impliqués dans la mise en œuvre d'autres politiques publiques contribuant au bien-être des populations. Un focus y est fait sur trois thématiques développant prioritairement un axe de promotion de santé : nutrition et activité physique (NAP), santé environnementale (SE), et vie affective et sexuelle (VAS). D'autres thématiques prioritaires de PPS du dernier schéma régional de prévention (SRP), qui font une part plus importante aux approches de réduction des risques ou de repérage et de dépistage précoces, s'intègrent dans les présentations en parcours de santé (lutte contre les addictions et promotion de la santé mentale et prévention du suicide). Les actions de prévention et de promotion en direction des enfants et des jeunes, des personnes âgées et des populations précaires qui recoupent pour nombre d'entre elles les actions présentées par thématique sont rappelées dans les chapitres développant l'approche populationnelle.

L'offre en prévention et promotion de santé (PPS) repose sur une multitude d'acteurs aux statuts très divers, s'accommodant mal d'une représentation par structures ou par promoteurs. La couverture géographique de leurs actions varie également de la région aux quartiers. La base de données OSCARS recense les actions de PPS qui sont ou ont été conduites depuis l'année 2010 par près de 450 promoteurs différents. Cette base recense actuellement les actions de PPS financées ou menées par l'ARS et les partenaires contributeurs de la base (MILDECA, Conseil régional, Carsat, MSA et RSI). En 2014, ce sont plus de 600 actions différentes qui ont été recensées et analysées. Elles relèvent en majorité des thématiques addictions et santé mentale et sont axées prioritairement sur l'éducation à la santé et le renforcement des compétences individuelles. Les actions cherchant à mobiliser les leviers relevant des politiques publiques locales ou des environnements des personnes restent encore rares.

La prévention médicalisée et ciblée (ou sélective) qui correspond en partie aux dépistages « organisés » couvre 4 grands domaines : le dépistage des cancers du côlon et du sein par les quatre associations départementales de dépistage des cancers, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (5 CEgIDD et leurs antennes), le dépistage et la prévention de la tuberculose (quatre Centres de Lutte anti tuberculeux et leurs antennes) et la promotion de la vaccination (vingt centres de vaccinations, dont sept pour les voyageurs). Ces dispositifs couvrent l'ensemble du territoire de la région en s'appuyant sur des dispositifs associatifs ou hospitaliers organisés sur une base départementale liée en partie à l'évolution des politiques de décentralisation/recentralisation. N'entrent pas dans cette définition les actions de prévention individuelle intégrées aux activités des professionnels de l'offre de premiers recours difficilement individualisables.

La démarche de contractualisation par objectifs, sur financement ARS s'étend désormais à une vingtaine d'opérateurs. Aux quatre opérateurs « historiques » qui interviennent sur l'ensemble de la région en soutien méthodologique aux opérateurs et à la conduite de projets de promotion (IREPS) ou sur des secteurs thématiques : ANPAA (lutte contre les addictions), AIDES (VAS), et Mutualité de Bretagne (santé mentale et environnement), s'ajoutent désormais neuf opérateurs associatifs permettant de développer les politiques de PPS dans le secteur de la NAP et de renforcer celles menées sur des territoires ou des aspects particuliers des secteurs de la santé mentale, de la VAS ou des addictions.

Plus de 150 opérateurs, financés en partie par l'ARS, ont contribué en 2016 à la mise en place de 178 actions de PPS portant sur une des thématiques prioritaires du PRS (santé mentale, addictions, VAS, Nutrition activités Physiques, environnement et précarité) par le biais de conventions pluri-annuelles à l'activité (pour 40 d'entre eux) ou via l'appel à projets avec un financement annuel. Les promoteurs relèvent le plus souvent du secteur associatif, mais les collectivités locales, les établissements universitaires et scolaires et les organismes publics (CCAS, missions locales, ...) sont également bien représentés. Ces actions sont le plus souvent menées à un échelon local, à l'exception de celles menées dans le secteur de

l'environnement qui sont plus souvent de portée régionale. Les territoires de santé 2, 8 et 6, qui sont aussi les moins peuplés, sont aussi ceux où le nombre et la diversité d'actions est moindre. A signaler que plus d'une action sur 4 a fait l'objet d'un accompagnement et d'un soutien méthodologique par le dispositif des Animateurs Territoriaux de Santé (ATS). Ce dispositif cofinancé au tiers par le Conseil régional, le pays et l'ARS, s'est déployé au cours du PRS dans 12 pays sur 21. Les différentes actions de formation et soutien méthodologique aux acteurs à la conduite de projets en PPS ou à l'évaluation, les débats et échanges des pratiques qui se sont déroulés au sein du pôle de compétences en éducation et promotion de la santé (regroupant une dizaine de promoteurs spécialisés et professionnalisés en prévention et promotion de la santé : Aides, ANPAA, CRIJ¹, IREPS, Ligue contre le cancer, Mutualité,...) ou avec son concours en région ou au sein des territoires, les rencontres acteurs en PPS et chercheurs dans différents domaines de politique publique visant au bien-être des population ont fait progresser la qualité des actions. Le prochain PRS devra poursuivre dans ce sens en :

- Améliorant l'ancrage des actions, actuellement ponctuelles, au sein de programmes locaux s'inspirant des programmes environnementaux (au sens OMS du terme) et respectant les principes de la charte d'Ottawa. L'implication des élus et des citoyens, le soutien apporté par des ATS pour faciliter l'émergence et la mise en cohérence d'actions et d'interventions basées sur des données probantes, et une démarche contractuelle (contrats locaux de santé) conduite selon une méthodologie rigoureuse et harmonisée sur la région devraient y contribuer ;
- Poursuivant la définition de stratégies d'intervention par milieu ou par population, telles que celle qui vient d'être définie pour le milieu scolaire et qui devrait contribuer à la construction du parcours éducatif en santé au sein de l'éducation nationale, ou celle portée par les services de protection de la jeunesse (PJJ, promotrice de santé). La dernière loi de modernisation du système de santé a rappelé l'intérêt à définir de telles stratégies au sein de dispositifs qui doivent développer des approches de promotion de santé comme les missions locales, et que l'on pourrait étendre à d'autres dispositifs s'adressant aux publics jeunes (services de santé universitaires, foyers de jeunes travailleurs, PAEJ, etc...) ;
- Développant les approches de promotion de santé dans la petite enfance, période de la vie essentielle où se créent les inégalités sociales de santé et où l'impact des politiques de promotion de santé est le plus fort. Ces politiques s'appuieront sur la participation des parents, le soutien à la parentalité, le développement des compétences psychosociales au sein des familles et devront associer les institutions et partenaires légitimes (CAF, PMI, collectivités, professionnels de la petite enfance) ;
- Construisant des parcours de santé en complément des parcours de soins complexes qui positionnent les politiques de PPS à l'origine des parcours et notamment aux deux âges de la vie avec les approches petite enfance (cf. ci-dessus) et les programmes du « bien vieillir » chez les personnes âgées.

L'offre de prévention en santé environnement (SE)

Dans l'outil OSCARS, 24 actions² ont été rattachées à la thématique santé environnement pour l'année 2014. Elles sont majoritairement portées par des associations. L'ARS en est le principal financeur identifié (40 % du budget alloué). A l'échelle régionale, les publics ciblés sont les suivants : les enfants et les jeunes (13 actions), les professionnels (12 actions) et le tout public (9 actions). Les actions recouvrent majoritairement deux types d'activités : l'information et l'éducation collective d'une part, la formation, le soutien méthodologique et la coordination d'autre part. En termes de couverture territoriale, des disparités sont constatées notamment sur les territoires qui couvrent le département du Morbihan et des Côtes d'Armor (cf. carte³).

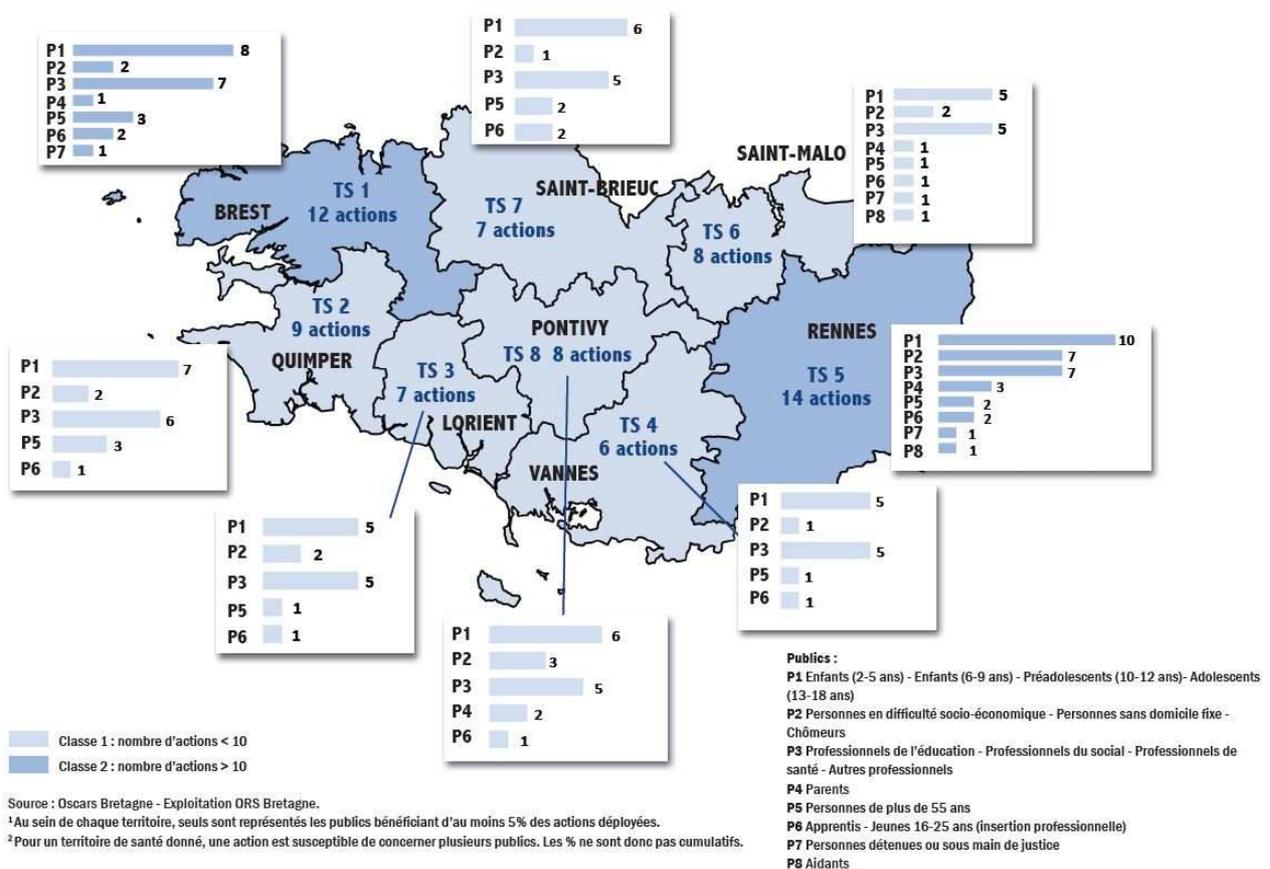
¹ Association nationale de prévention en alcoolisme et addictologie, centre régional d'information jeunesse

² Ont été retenues dans l'analyse, les actions qui avaient une activité liée à la santé environnementale bien identifiée avec des objectifs spécifiques afférents.

³ Les données sur la carte sont exprimées en nombre d'actions et non en pourcentage, au regard du nombre réduit d'actions. Chaque action peut concerner plusieurs territoires. Le grand nombre d'action dans les territoires 1 et 5 est à rapprocher avec leur population plus élevée.

L'offre en SE ne peut cependant être résumée au seul financement des opérateurs via les appels à projets ou la contractualisation. En effet, d'autres acteurs tels que l'ARS, les services de l'Etat, les services communaux d'hygiène et de santé des collectivités (...) mènent également des actions dans le champ SE, certaines d'ordre régalien. L'ARS, en particulier, exerce des missions dans les domaines suivants : eaux (eaux destinées à la consommation humaine, baignades, pêche à pied...), environnement intérieur (habitat insalubre, radon, amiante...) et extérieur (air, évaluation des risques sanitaires, aménagement du territoire, sols pollués, bruit, ondes...). Si l'amélioration de la santé de la population est le but final, les actions visent à agir sur les déterminants de la santé (environnement physique, comportements individuels, politiques publiques...). Elles peuvent être préventives (avis sanitaire, surveillance des milieux, vérification du respect de la réglementation, instruction d'autorisations, information, formation, sensibilisation, portage de l'avis sanitaire dans les politiques auprès des institutions), ou curatives (intervention en cas de dégradation d'un milieu, signal sanitaire, ...).

Carte 1 : Répartition des actions de prévention par public selon les territoires en 2014 : thème "santé-environnement"



Les enjeux qu'il est possible d'identifier sont les suivants :

- Nécessité de construire une culture commune entre acteurs et de développer la formation : il existe assez peu d'opérateurs ayant la double compétence santé et environnement ; ainsi, les aspects « santé » ne constituent pas toujours le fondement des actions ;
- Nécessité de coordination, de mise en réseau, d'échange et de valorisation des expériences : en raison notamment d'un maillage d'acteurs éclatés selon les thématiques et les territoires ;
- Nécessité de mobiliser davantage certains leviers de promotion de la santé, comme la mobilisation sociale (enjeu de renforcer l'appropriation par les citoyens des enjeux de SE), ou l'intégration de la SE dans les politiques territoriales ;

- Inciter au développement d'un aménagement du territoire favorable à la santé.

L'offre de prévention en nutrition et activité physique

Une quarantaine de structures mène des actions en nutrition et/ou activité physique en région. Seuls deux acteurs sont aujourd'hui identifiés comme référents en nutrition sur le territoire breton ; les autres opérateurs développent des actions en nutrition/activité physique mais également des actions sur d'autres thèmes de promotion de santé (addictions, santé mentale, précarité...).

53 % des actions s'adressent plus particulièrement aux jeunes de 6 à 18 ans, et 20 % aux professionnels de l'éducation, du social ou de la santé. Les actions ciblant les jeunes comportent toutes un volet éducation pour la santé, auquel s'ajoute 2 fois sur 5 un axe de communication/information.

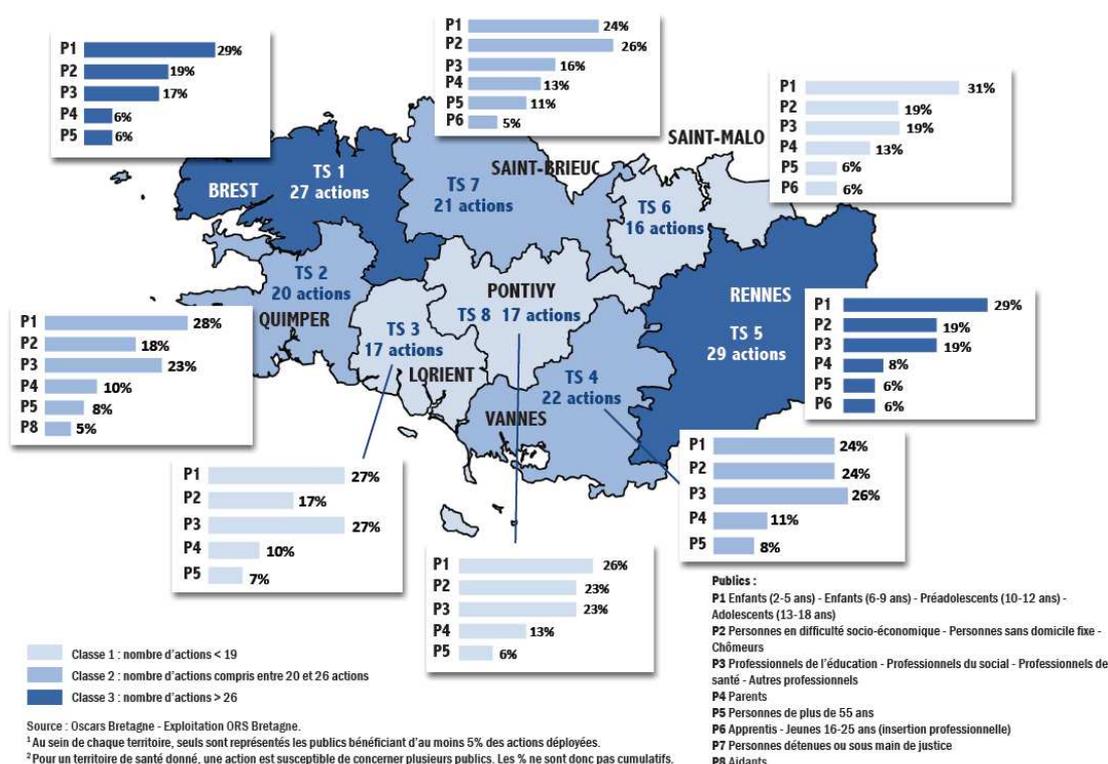
Pour les professionnels, les actions sont le plus souvent des actions de communication/information/sensibilisation (69 %) et/ou d'éducation à la santé (56 %) et/ou des formations (44 %).

Concernant les structures porteuses de projets, elles sont majoritairement associatives (57 %), ou représentent l'éducation nationale (23 %) ou encore des collectivités territoriales (13 %).

Depuis 2014, l'offre d'activité physique adaptée à destination des malades chroniques se développe fortement sur le territoire, et on identifie de nouvelles structures émergent sur ce champ d'activité.

Les territoires de santé 1 et 5 réunissent le plus grand nombre d'actions, à rapporter à leur population qui est plus importante.

Carte 2 : Répartition des actions de prévention par public selon les territoires en 2014 : thème "nutrition"



En termes de perspectives, la nutrition et l'activité physique seront valorisées comme facteurs de santé,

plus particulièrement pour les personnes fragilisées (malades chroniques et personnes âgées), dans le cadre du plan régional Sport Santé Bien-être copiloté par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'ARS, et du parcours de santé de la personne âgée.

L'offre de prévention en vie affective et sexuelle

Environ une vingtaine d'acteurs mènent des actions sur la région, dont trois acteurs plus importants (AIDES, Liberté Couleurs et le Pôle de coordination en santé sexuelle). A côté de ces acteurs, le COREVIH assure aussi une offre en terme de coordination de la prise en charge du VIH essentiellement et d'épidémiologie des IST. Ces acteurs interviennent pour la majorité en tant qu'opérateurs d'actions sur les territoires, mais de manière inégale. Un seul acteur assure un rôle de coordination régionale et d'appui méthodologique sur la vie affective et sexuelle. Seuls 4 territoires sur 8 ont mis en place une instance de coordination territoriale.

Le territoire de santé n°5 est celui qui réunit le plus grand nombre d'actions. A l'opposé, les territoires n°3, 4 et 8 sont les moins bien dotés, correspondant aussi aux territoires où n'existe pas de coordination sur la thématique. Il s'agit dans près de 90 % des cas d'actions d'éducation pour la santé, d'information et de sensibilisation. De 25 à 50 % des actions selon les territoires intéressent la formation des professionnels.

Environ 80 % des actions sont dirigées vers la population générale, c'est-à-dire n'ayant pas de risque repéré, dont la majorité en milieu scolaire : 50 % des interventions en milieu scolaire sont orientées vers les lycéens, et les collégiens étant beaucoup moins touchés. Si les professionnels de l'éducation sont le plus souvent associés aux actions, peu d'entre elles les positionnent comme acteurs pour prendre le relais. Les parents sont également peu ciblés par les actions. La couverture au sein des territoires n'est pas assurée (moins de 30 % des établissements scolaires du second degré sont couverts par des interventions d'acteurs extérieurs, avec peu de visibilité sur le secteur de l'enseignement privé). Dans cette population n'ayant pas de risque particulier, les actions en direction des personnes handicapées et des personnes âgées sont peu développées et de manière très inégales sur les territoires, certains n'ayant aucune action connue.

L'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge des populations les plus à risques (LGBT, HSH⁴, migrants), principalement pour les IST et le VIH, couvrent l'ensemble des territoires mais des difficultés importantes persistent quant à l'accès à l'information et donc au repérage des structures de prévention et de soins. Les actions proposées à ces populations les plus à risques sont quantitativement insuffisantes et inégalement réparties sur les territoires.

Dans les perspectives, nous retiendrons quelques enjeux prioritaires :

- Assurer une coordination sur chaque territoire de santé pour un meilleur accès à la santé sexuelle ;
- Promouvoir les programmes d'éducation à la vie sexuelle dès le plus jeune âge en particulier en milieu scolaire en réorganisant les modalités d'intervention des associations œuvrant dans les établissements scolaires (stratégie d'intervention en milieu scolaire en matière de VAS) ;
- Promouvoir les CeGIDD en matière de prévention et de dépistage des IST, en assurant le développement des antennes et des actions hors les murs sur les territoires ;
- Adapter les stratégies de l'offre au ciblage des populations aux caractéristiques particulières, comme les personnes âgées, handicapées, ou les personnes à haut risques d'IST.

⁴ Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, sans considération d'orientation sexuelle (terminologie de l'ONUSIDA).

L'offre en éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) aide les personnes atteintes de maladies chroniques à comprendre la maladie, le traitement, à être acteur de leur prise en charge et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

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

Ses trois niveaux d'intervention sont :

1. **Le niveau opérationnel** avec la mise en œuvre sur le terrain, par les porteurs de programme, des programmes d'ETP.

En 2016, en Bretagne, 242 programmes d'ETP sont autorisés par l'ARS dont 26 en ambulatoire (plateformes territoriales d'appui, associations, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles).

En 2015, 30 606 patients ont bénéficié d'un programme ETP au cours de l'année.

Tous les programmes autorisés ne sont pas financés : l'ARS Bretagne finançait 110 programmes en 2015 dont 11 en ambulatoire (les MSP sont financées en totalité).

2. **Le niveau organisationnel** avec la création de plateformes territoriales d'ETP qui ont pour missions la coordination des acteurs, l'information de l'offre et l'orientation.

Trois plateformes ETP sont en place sur les territoires 1, 2, 3 et 4.

3. **Le niveau stratégique** avec la mise en œuvre d'un pôle régional de ressources compétences en ETP qui constitue un espace de ressources, un centre d'appui et un lieu d'échanges.

Ce pôle régional contribue à la mise en œuvre du PRS en développant une offre de services aux différents acteurs du territoire. Emanation du groupe de travail régional, ce pôle est composé des représentants des différents acteurs de l'ETP. L'IREPS s'est vue confier, à la suite d'un appel à projet, la coordination et l'animation de ce pôle.

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

En terme de perspectives, depuis l'écriture du PRS en 2012, le contexte a sensiblement évolué quant à la prise en charge des parcours complexes (malades chroniques, polyopathologies). Un certain nombre de dispositifs de coordination, d'intégration ont émergé et sont désormais pour certains opérationnels ou en cours. Les perspectives d'organisation de l'éducation thérapeutique sont à envisager en lien avec la création de ces dispositifs et notamment celui des plateformes territoriales d'appui.

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

2. Offre ambulatoire

Essentiellement dispensés par des professionnels de santé libéraux, les soins ambulatoires comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en centres de soins ou en consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés, intégrant les soins de premier recours et de deuxième recours. L'offre de premier recours constitue la porte d'entrée dans le système de santé et s'articule autour de trois grandes fonctions que sont :

- *Le diagnostic, l'orientation et le traitement ;*
- *Le suivi du patient et la coordination de son parcours ;*
- *La prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.*

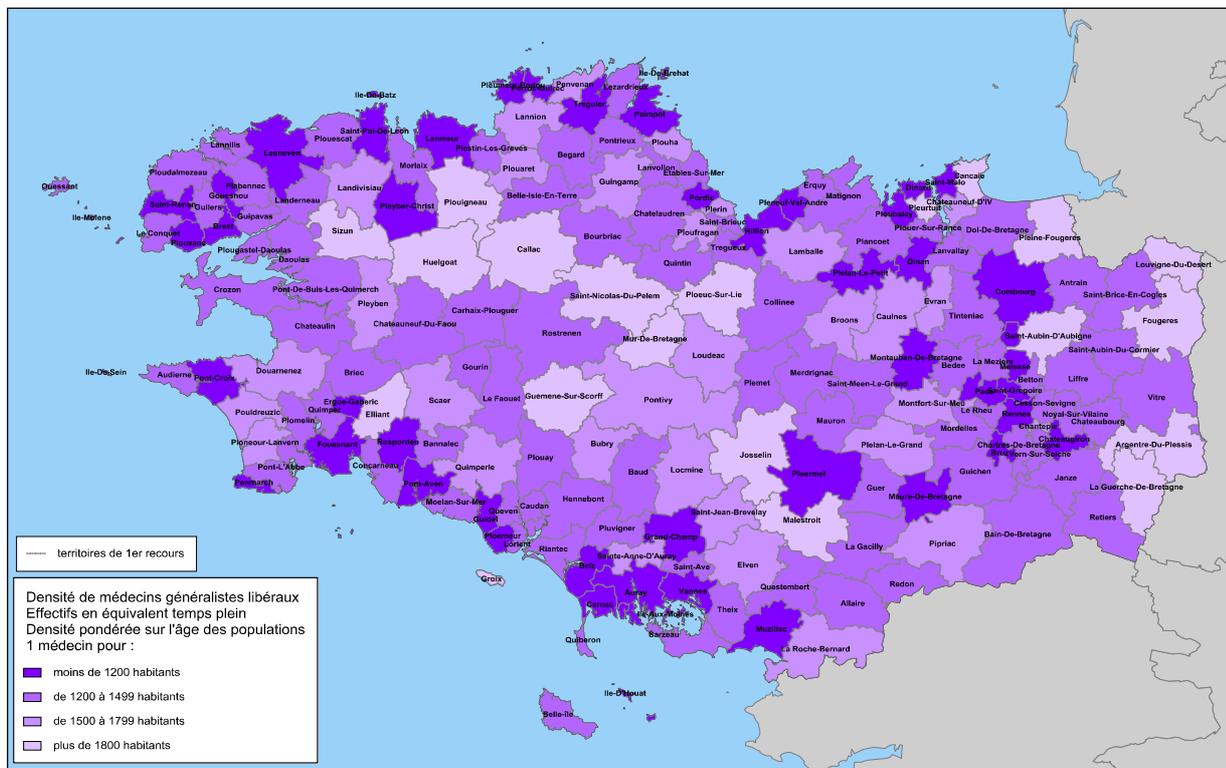
Pour assurer une prise en charge ambulatoire de qualité, la complémentarité avec les offreurs de deuxième recours, qui apportent une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, est essentielle et nécessite d'être renforcée, notamment en redéfinissant le périmètre d'intervention de chacun. Par ailleurs, l'offre de soins ambulatoire s'inscrit dans un système de santé plus large, où les coopérations avec les acteurs des champs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux sont indispensables pour favoriser un parcours de santé fluide et efficace de la population.

Une offre suffisamment dense avec de fortes inégalités de répartition

Avec 3 052 **médecins généralistes libéraux** installés au 1^{er} janvier 2015, soit une densité de 94 professionnels pour 100 000 habitants, la Bretagne affiche une offre de soins comparable à celle observée sur la France métropolitaine. Si ce nombre a augmenté de façon continue jusqu'en 2010, il amorce depuis une légère baisse. Cette tendance s'explique par le vieillissement de la population médicale qui a engendré un nombre de départs importants ces dernières années, non compensé par de nouvelles installations, et a fait apparaître ou accentué des difficultés d'accès aux soins. Ce phénomène risque de se poursuivre dans les années à venir au regard de la part encore élevée de professionnels âgés de 60 ans et plus (un quart au 1^{er} janvier 2015) et du manque d'attractivité des jeunes médecins pour l'exercice libéral. La nouvelle génération de médecins généralistes ne s'installe plus systématiquement à la sortie des études et privilégie de plus en plus le statut de médecins remplaçants en début de carrière (+8 % entre 2014 et 2015) ou une orientation vers un exercice salarié jugé moins contraignant (+9 % entre 2012 et 2015). La promotion des stages en libéral, l'accompagnement dans les démarches d'installation, la mise en place de conditions d'exercice favorables sont autant de pistes à poursuivre et développer pour rendre de nouveau attractif l'exercice libéral et répondre au problème de démographie médicale sur certains territoires.

En terme de répartition, le Finistère reste le département le mieux pourvu, avec une densité de 98 médecins généralistes pour 100 000 habitants, suivi de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan, le département des Côtes-d'Armor étant le seul département breton se situant en deçà de la moyenne nationale (86). A l'échelle des territoires de premier recours, le zonage pluri-professionnel, réalisé dans le cadre du PRS en 2012 et actualisé en 2014, met en évidence une forte inégalité de répartition entre les zones urbaines, périurbaines, côtières et les zones rurales. Cette tendance s'est particulièrement accentuée et étendue depuis 2012, avec un phénomène nouveau concernant les pôles urbains de taille moyenne (Loudéac, Lamballe, Fougères) qui commencent également à être touchés par le phénomène du non remplacement des départs en retraite. Si les mesures favorisant une meilleure répartition des médecins généralistes doivent être encouragées, le développement des coopérations avec les autres professions de premier recours (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, ...) peut également être une source d'optimisation du temps médical pour répondre aux besoins d'une plus grande partie de la population.

Carte 3 : Densité des médecins généralistes libéraux



Source : Assurance Maladie, données au 01/01/2016
 Réalisation ARS Bretagne, Août 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Contrairement aux médecins généralistes, les effectifs des **infirmiers libéraux** progressent de manière soutenue avec un taux annuel d'évolution de l'ordre de +5 % depuis le début des années 2000, soit un doublement du nombre d'infirmiers en l'espace de 15 ans. Avec 153 infirmiers libéraux installés pour 100 000 habitants, la Bretagne affiche ainsi une densité bien supérieure à la moyenne nationale (128) mais leur répartition reste cependant très hétérogène selon les départements bretons. Si le Finistère affiche une densité de 199 professionnels avec de fortes concentrations le long de la zone côtière, l'Ille-et-Vilaine présente à l'inverse une densité de 95 infirmiers libéraux, avec de faibles dotations à l'Est et au Sud du département. Cependant, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les centres de soins infirmiers (CSI), qui constituent une offre de soins complémentaire dans la prise en charge des patients, sont particulièrement présents sur ces territoires. Ces inégalités de répartition tendent à s'atténuer grâce notamment aux mesures de régulation au conventionnement mises en place dans les zones sur-dotées⁵ dès 2009. Ce ciblage demande toutefois à être actualisé⁶ face à l'accélération des installations constatées ces trois dernières années (+13 %), en particulier à proximité des zones sur-dotées.

La forte présence d'infirmiers libéraux sur la région est un atout sur lequel s'appuyer pour répondre notamment aux enjeux du vieillissement de la population, à l'augmentation des patients atteints de pathologies chroniques ou à la raréfaction de l'offre médicale. Encouragée par la nouvelle loi de modernisation du système de santé qui recentre le système sur les soins de proximité, l'évolution des pratiques et/ou du périmètre d'activité des infirmiers libéraux doit être soutenue pour favoriser une meilleure coopération entre les différents acteurs de santé et permettre ainsi une prise en charge de meilleure qualité. Cette évolution passe par un accroissement de leurs compétences sur le champ clinique (suivi des pathologies chroniques, dépistage, ...) ou un élargissement de leur rôle dans la coordination de proximité.

⁵ Qui prend également en compte l'offre de soins émise par les SSIAD et les CSI

⁶ Dernière mise à jour en mai 2012

Au 1^{er} janvier 2016, la Bretagne comptait 1 109 **officines de ville** soit 34 pharmacies pour 100 000 habitants, densité équivalente à celle observée au niveau national, avec un maximum de 36 pharmacies dans le Finistère et un minimum de 31 sur le département de l'Ille-et-Vilaine. Si le nombre d'officines baisse régulièrement depuis 2000, le phénomène s'est amplifié ces dernières années. En six ans, leur nombre a reculé de manière continue, avec une perte de 64 pharmacies (-5,5 %) entre 2010 et 2016, alors que le nombre d'officines est reparti à la hausse en France métropolitaine à partir de 2012 pour retrouver son niveau de 2010 (+0,1 %). Le département du Morbihan est le moins impacté (-1,9 %) alors que les trois autres départements bretons ont enregistré une baisse de plus de 5 % du nombre d'officines sur cette période, avec un maximum pour le Finistère (-7,3 %). La baisse du chiffre d'affaires d'une grande majorité des officines bretonnes, du fait d'un marché de plus en plus concurrentiel - au regard de leur relative petite taille et d'une baisse du prix des médicaments -, et l'appréhension des jeunes pharmaciens pour la reprise des officines de ville en sont les principales explications. Toutefois, si des disparités territoriales existent, le maillage officinal reste tout de même satisfaisant en Bretagne. 82,1 % de la population bénéficient de la présence d'au moins une pharmacie sur leur commune et 99,6 % des Bretons vivent à moins de dix minutes en voiture d'une pharmacie.

Pour maintenir et garantir un égal accès aux médicaments pour la population, une vigilance devra être portée sur les regroupements d'officines, qui pourraient allonger les distances d'accès, ainsi que sur la perte d'offre médicale sur certains territoires qui impacte directement la situation économique des officines. Le renforcement des nouvelles missions confiées aux pharmaciens (prévention, dépistage, conseils personnalisés, éducation thérapeutique, orientation dans le parcours de soins ...) peut, à ce titre, être une piste, non seulement pour diversifier leurs sources de revenus mais également pour favoriser une meilleure prise en charge de la population, en particulier sur l'observance des traitements où la prévention des risques iatrogéniques.

Avec 1 895 **chirurgiens-dentistes libéraux**⁷ au 1^{er} janvier 2015, la Bretagne affiche une densité de 59 professionnels pour 100 000 habitants, légèrement supérieure à la densité nationale⁸ (57). Depuis 2012, le nombre de chirurgiens-dentistes libéraux en Bretagne a sensiblement augmenté (+1 %) malgré une diminution des effectifs entre 2014 et 2015 (-0,6 %), à l'image des tendances observées nationalement. Au niveau départemental, le Morbihan, avec une densité de 61 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, est le seul département à avoir connu une augmentation de ses effectifs entre 2014 et 2015. A l'inverse, le département des Côtes-d'Armor présente la densité la moins élevée (56 pour 100 000 hab.), les deux autres départements se situant au niveau de la densité régionale.

Si 21 centres de soins dentaires complètent l'offre libérale en Bretagne, leur implantation en grande majorité sur les pôles urbains ne permet pas de compenser les inégalités de répartition. La mise en place d'aides conventionnelles pour des installations dans les zones les moins bien dotées en février 2014 doit être poursuivie pour assurer une meilleure répartition géographique des chirurgiens dentistes. L'amélioration de l'accès aux soins dentaires doit également être recherchée, en particulier pour les personnes âgées, en situation de handicap ou de précarité.

Avec une progression constante depuis 15 ans, la Bretagne dispose d'une offre en **masseurs-kinésithérapeutes libéraux** légèrement supérieure à celle observée au niveau national (98 professionnels de santé pour 100 000 habitants contre 94 sur la France métropolitaine). Des inégalités de répartition existent toutefois pour cette profession. Si, à l'image des tendances observées sur une grande partie des professions libérales, le département des Côtes d'Armor affiche une densité plus faible de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (78) par rapport aux trois autres départements bretons, cet écart se creuse de plus en plus au fil des années, malgré une évolution positive du nombre de professionnels sur le département. Les densités les plus fortes se concentrent sur la zone côtière du nord-Finistère jusqu'au sud du Morbihan, et au niveau de l'agglomération rennaise.

Près d'un quart des 236 **sages-femmes** de la région exerce en libéral en Bretagne pour une densité de 7,3 professionnels pour 100 000 habitants, équivalente à la moyenne nationale. A l'instar des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes, le nombre de sages-femmes libérales est en constante augmentation depuis plusieurs années quel que soit le département breton.

⁷ Y compris spécialité de l'orthopédie dento-faciale

⁸ France métropolitaine

Au trois quarts de statut libéral ou mixte, les **orthophonistes** ne cessent de voir leur effectif augmenter. Avec une densité de 28 professionnels de santé pour 100 000 habitants, l'offre en orthophonie libérale est égale à la moyenne nationale.

L'offre en **orthoptie libérale** en Bretagne est sensiblement supérieure à la densité nationale, avec 4 professionnels pour 100 000 habitants. A noter que les effectifs d'orthoptistes stagnent depuis 2008 dans les Côtes d'Armor et le Finistère, avec des densités proches de la moyenne régionale, alors que le Morbihan, avec la plus faible densité, et l'Ille-et-Vilaine, avec la densité la plus élevée, continuent de voir leurs effectifs augmenter.

Les **pédicures podologues**, qui exercent quasi exclusivement en libéral, présentent une offre supérieure à la moyenne nationale avec 28 professionnels pour 100 000 habitants, et ce pour l'ensemble des départements bretons.

Les **diététiciens libéraux**, qui représentent un tiers de la profession, sont sous-représentés en Bretagne par rapport à la moyenne nationale, avec une offre moins élevée dans le Finistère mais qui est compensée par une offre salariée plus importante par rapport aux autres départements bretons.

Au 1^{er} janvier 2015, la Bretagne comptait 2 437 **médecins spécialistes libéraux** pour une densité de 74 professionnels pour 100 000 habitants, soit une offre nettement inférieure à la moyenne nationale (94) mais qui se situe dans la médiane française⁹. Selon les spécialités médicales observées, cette analyse doit être nuancée. Si toutes les densités régionales sont égales ou inférieures aux densités nationales, les écarts les plus marqués concernent la pédiatrie (-6,2 pts), la gynécologie (-6 pts), la psychiatrie (-3,1 pts), la chirurgie (-2,7 pts) et la cardiologie (-1,8 pts). En terme d'évolution de l'offre, la psychiatrie et la pédiatrie marquent les baisses les plus importantes et les différences les plus flagrantes par rapport aux tendances nationales (écart de plus de 9 %), suivies de la gynécologie, de la dermatologie et de l'ophtalmologie (écart de 3,5 % à 5 % par rapport au national). A l'inverse, les effectifs de médecine interne, de médecine physique et de réadaptation et surtout de neurologie affichent des évolutions beaucoup plus positives que le national qui restent cependant à relativiser au regard des faibles volumes concernés.

Effectifs et densités des médecins spécialistes libéraux

	Bretagne			France métropolitaine		
	Effectif	Densité	Evol. 2012/2015	Effectif	Densité	Evol. 2012/2015
Anatomie et cytologie pathologiques	38	1,2	-2,6%	735	1,2	-0,8%
Anesthésie-réanimation	190	5,8	5,0%	4 349	6,8	5,6%
Cardiologie	186	5,7	2,8%	4 782	7,4	3,5%
Chirurgie*	316	9,6	5,3%	7 883	12,3	3,5%
Dermatologie-vénérologie	146	4,4	-5,8%	3 361	5,2	-1,5%
Endocrinologie et métabolisme	20	0,6	5,3%	821	1,3	3,8%
Gastro-entérologie et hépatologie	100	3,0	-1,0%	2 133	3,3	0,7%
Gynécologie médicale et obstétrique**	195	13,9	-6,3%	5 435	19,9	-1,1%
Médecine interne	21	0,6	10,5%	656	1,0	-2,5%
Médecine physique et réadaptation	23	0,7	0,0%	482	0,8	-10,1%
Neurologie	32	1,0	18,5%	850	1,3	3,2%
Ophtalmologie	225	6,8	-2,2%	5 029	7,8	1,6%
Oto-rhino-laryngologie	91	2,8	-1,1%	2 287	3,6	-0,4%
Pédiatrie***	116	19,5	-7,2%	3 041	25,7	1,9%
Pneumologie	57	1,7	1,8%	1 232	1,9	2,5%
Psychiatrie ou neuro-psychiatrie	232	7,0	-9,4%	6 540	10,2	0,1%
Radiologie****	307	9,3	4,1%	7 031	10,9	5,3%
Rhumatologie	88	2,7	-3,3%	1 794	2,8	-2,7%

Source : EcoSanté, RPPS 1er janvier 2015, Pop. INSEE 2012

Densité pour 100.000 habitants

* Chirurgie générale, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale et/ou stomatologie, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie

** Densité pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus

*** Densité pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

**** Radiothérapie, Médecine nucléaire, Radiodiagnostic et imagerie médicale

Au niveau de leur répartition, des inégalités existent quelles que soient les spécialités médicales. L'évolution de la pratique médicale et l'augmentation des modes d'exercice

⁹ Comparaison sur les 22 anciennes régions de France métropolitaine

(libéral/salarié) conduisent de plus en plus de médecins spécialistes à s'installer sur les pôles urbains à proximité des plateaux techniques. Cette tendance impacte fortement l'accès aux soins des populations les plus éloignées, avec une disparition progressive de la médecine spécialisée de proximité autour de plateaux techniques légers.

Des travaux d'analyse de l'offre, par l'identification de territoires où les professionnels peuvent se voir proposer des mesures individuelles d'incitation à l'installation, ont été engagés par l'ARS sur l'ophtalmologie, la cardiologie, et plus récemment sur la pédiatrie et la gynécologie. Ces travaux devront être étendus à de nouvelles spécialités médicales dans les années à venir afin de répondre aux enjeux d'une meilleure répartition de l'offre de soins. En complément de ces analyses cartographiques, une stratégie d'organisation graduée de l'offre de soins devra être pensée dans une approche parcours afin de définir les coopérations à développer entre l'offre de premier et deuxième recours en tenant compte des différents échelons géographiques (territoire de premier recours, intermédiaire et hospitalier) et des nouveaux dispositifs d'appui à la coordination en cours de déploiement.

Une offre de soins ambulatoire qui se structure progressivement

Face aux constats des inégalités de répartition et des difficultés d'accès aux soins qui peuvent en résulter, un des enjeux du PRS 2012 - 2016 a été de faire évoluer les organisations professionnelles pour répondre aux aspirations des jeunes médecins et aux évolutions souhaitées par les professionnels en exercice. Les solutions sont multiples et doivent le rester (maison de santé, groupes qualité, réseaux de santé, plateformes territoriales d'appui, ...), l'essentiel de la démarche étant de permettre un travail collectif et coordonné entre les professionnels de santé, de décloisonner les différents secteurs d'intervention pour assurer une prise en charge efficiente de la population.

LES GROUPES QUALITE EN MEDECINE GENERALE

Initiés en 2001 en Bretagne avec trois groupes de dix médecins généralistes libéraux, 39 « **groupes qualité** » en médecine générale sont aujourd'hui en fonctionnement sur la région pour 350 médecins engagés. Basés sur un engagement collectif au sein d'un même territoire, ces groupes d'échanges de pratiques permettent à ces professionnels de se réunir une fois par mois autour d'un thème choisi conjointement entre les partenaires¹⁰ du projet, afin de mener une démarche réflexive sur leur pratique et de rompre leur isolement. Plusieurs évaluations du dispositif ont permis de mettre en évidence l'atteinte des objectifs poursuivis, à savoir une amélioration de la pratique et de l'efficacité des soins comparativement à l'ensemble de la profession.

LA PERMANENCE DES SOINS

La région Bretagne se caractérise par une couverture totale des horaires de la **permanence des soins ambulatoire en médecine générale**, y compris en nuit profonde, avec un taux de complétude des tableaux de garde à plus de 95 % depuis deux ans. L'accès à la PDSA se fait aujourd'hui via le 15 sur l'ensemble de la région et s'inscrit dans la mise en œuvre du numéro unique national, le 116-117. Les régulations libérales sont intégrées dans les locaux des CRRA¹¹ des SAMU centre 15. L'uniformité de prise en charge des patients, qu'ils habitent en milieu urbain ou rural est une spécificité bretonne qui devra être confortée. Un enjeu dans les années à venir sera de maintenir le taux de participation des médecins libéraux bretons à la garde (57,8 % en moyenne) tout en recherchant à diminuer les disparités départementales existantes (94 % dans les Côtes d'Armor versus 44% dans le Finistère).

Depuis le 5 mai 2015, un arrêté du directeur général de l'ARS fixe les modalités d'organisation **de la permanence des soins dentaires** et de son financement en région Bretagne. En cas d'urgence dentaire les dimanches et jours fériés de 9h à 12h, les Bretons sont orientés par le SAMU centre 15 vers le

¹⁰ L'association APIMED porteuse du projet, l'Assurance Maladie, l'URPS des médecins libéraux et l'ARS de Bretagne

¹¹ Centre de réception et de régulation des appels

chirurgien-dentiste de garde. En Ile-et-Vilaine, la garde est également assurée les dimanches et jours fériés après-midi. En 2015, 1 559 chirurgiens-dentistes bretons ont participé à cette permanence des soins.

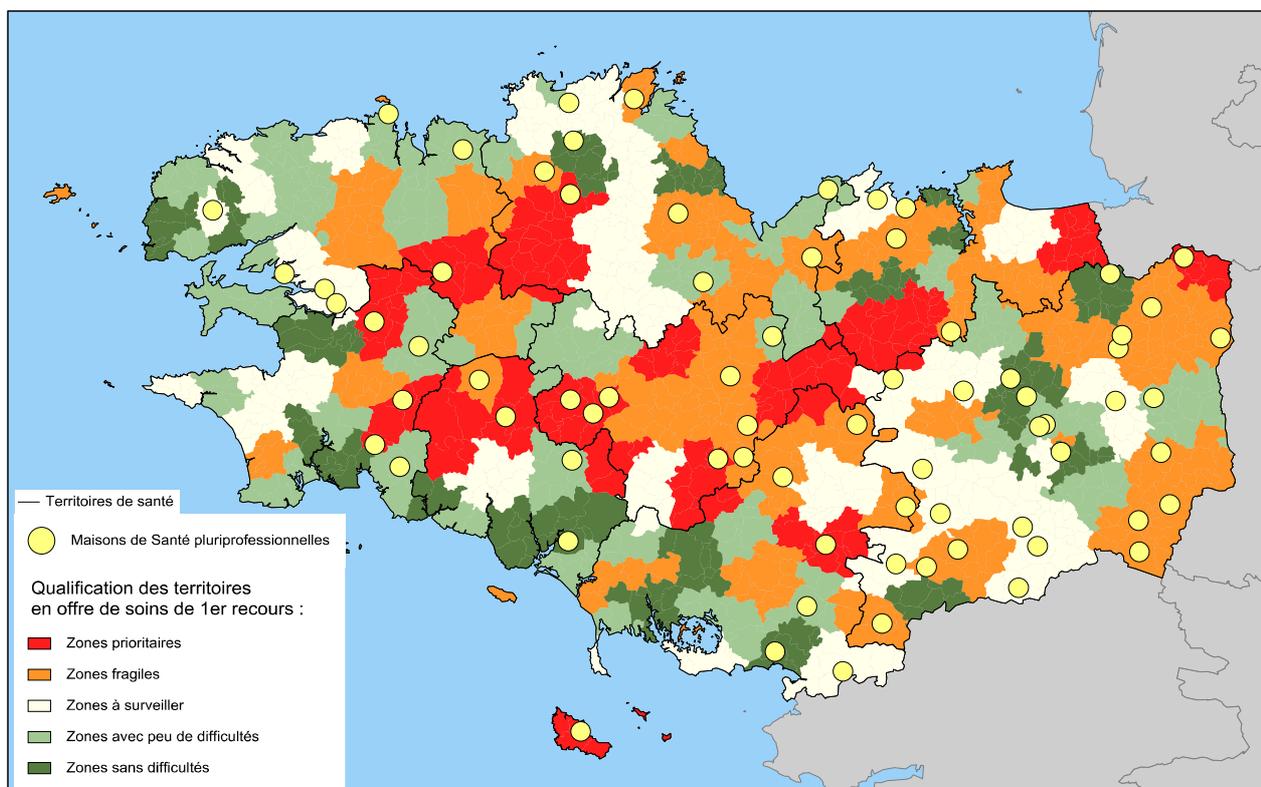
La garde ambulancière est, quant à elle, assurée les dimanches et jours fériés ainsi que toutes les nuits de 20 heures à 8 heures sur la Bretagne. Elle s'appuie sur 1 649 véhicules autorisés au sein de 300 entreprises de transport sanitaire et 15 centres hospitaliers dont 45 % d'ambulances et 55 % de Véhicule Sanitaire Léger (transport assis). Les enjeux résident dans la professionnalisation, la géo-localisation et les modalités de la régulation de ces transports. Le parc régional présente un excédent de 215 véhicules par rapport à l'indice théorique calculé au regard de la population bretonne.

LES MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES

Afin de renforcer ou de maintenir une offre de soins sur les territoires fragiles et d'améliorer la qualité des prises en charge de la population, l'ARS Bretagne s'est fortement investie avec ses partenaires (URPS, préfecture de région, Départements) dans l'émergence des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de manière graduée selon le niveau de fragilité des territoires. Depuis 2012, 94 nouveaux sites ont fait l'objet de rencontres avec l'ARS et 59 sites ont bénéficié d'un accompagnement pour l'élaboration et/ou la mise en œuvre de leur projet de santé.



Carte 4 : Maisons de santé pluri professionnelles



Source : FINESS au 01/01/2016
Réalisation ARS Bretagne, Juin 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Au 1er janvier 2016, l'ARS Bretagne dénombrait 75 MSP en fonctionnement sur la région, dont les trois

quarts sont implantées dans les territoires les plus fragiles démographiquement¹², et six projets en cours de déploiement. Ces structures sont principalement composées de médecins généralistes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et de pharmaciens titulaires d'officine (entre 8 % et 13 % des professionnels de santé de la région selon les professions). Concernant les autres professions, une surreprésentation des diététiciens, pédicures-podologues et sages-femmes est observée, contrairement aux médecins spécialistes, aux chirurgiens-dentistes et aux orthoptistes libéraux.

Ces structures ont pu s'inscrire dans le développement d'actions de santé publique (addictions, prévention du suicide, dépistage des cancers), de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou dans la définition de protocoles permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Pour leur mise en œuvre, elles ont pu bénéficier de financements de l'ARS, répondre à des appels à projets régionaux (santé mentale, ETP) ou s'inscrire dans des démarches expérimentales. A ce titre, l'expérimentation nationale visant de nouveaux modes de rémunération des structures d'exercice coordonné, alternatifs au paiement à l'acte, a été mise en place dès 2008 afin de favoriser les coopérations entre les professionnels de santé libéraux. La promotion et l'accompagnement de ce dispositif par l'ARS ont permis progressivement à 22 sites de s'engager jusqu'à fin 2014. A partir de 2015, ces modes de rémunérations ont été généralisés via un règlement arbitral, ce qui garantit désormais aux 26 MSP engagées une pérennisation du financement des actions de coordination. La prochaine étape sera d'étendre ce dispositif à de nouvelles structures, en les accompagnant dans l'atteinte des critères socles fixés par le règlement arbitral, particulièrement sur la mise en place de systèmes d'informations partagés.

Par ailleurs, l'évaluation menée par l'ARS Bretagne en 2015 a permis de mettre en évidence l'impact des maisons de santé dans le maintien ou le renforcement de l'offre de soins sur les territoires et l'amélioration de la visibilité de l'offre pour la population. L'enjeu sera donc de poursuivre leur déploiement, en particulier sur les zones en situation de fragilité. Sous une autre forme, les centres de santé pluri-professionnels présentent également une forme d'organisation similaire à celle apportée par les maisons de santé. Peu développés en Bretagne, les centres de santé peuvent devenir une réponse supplémentaire au problème du maintien de l'offre de soins sur certains territoires, notamment par le mode d'exercice proposé, sous réserve que leur mode fonctionnement puisse leur assurer une viabilité économique.

LE DEVELOPPEMENT DES COOPERATIONS INTERPROFESSIONNELLES EN AMBULATOIRE

Dans une logique d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'optimisation du temps médical, l'ARS Bretagne a recherché le développement des coopérations interprofessionnelles dans le champ de l'ambulatoire.

En lien avec l'association ASALEE à l'initiative de cette démarche, l'ARS a participé au déploiement d'un protocole de coopération, validé par la HAS, auprès de 9 sites en Bretagne visant la délégation d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers les infirmiers. Ce protocole, qui concerne deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO chez le patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (dépistage et suivi du diabète et suivi du risque cardio-vasculaire) permet ainsi aux infirmiers d'approfondir le champ de la clinique et aux médecins généralistes de dégager du temps médical.

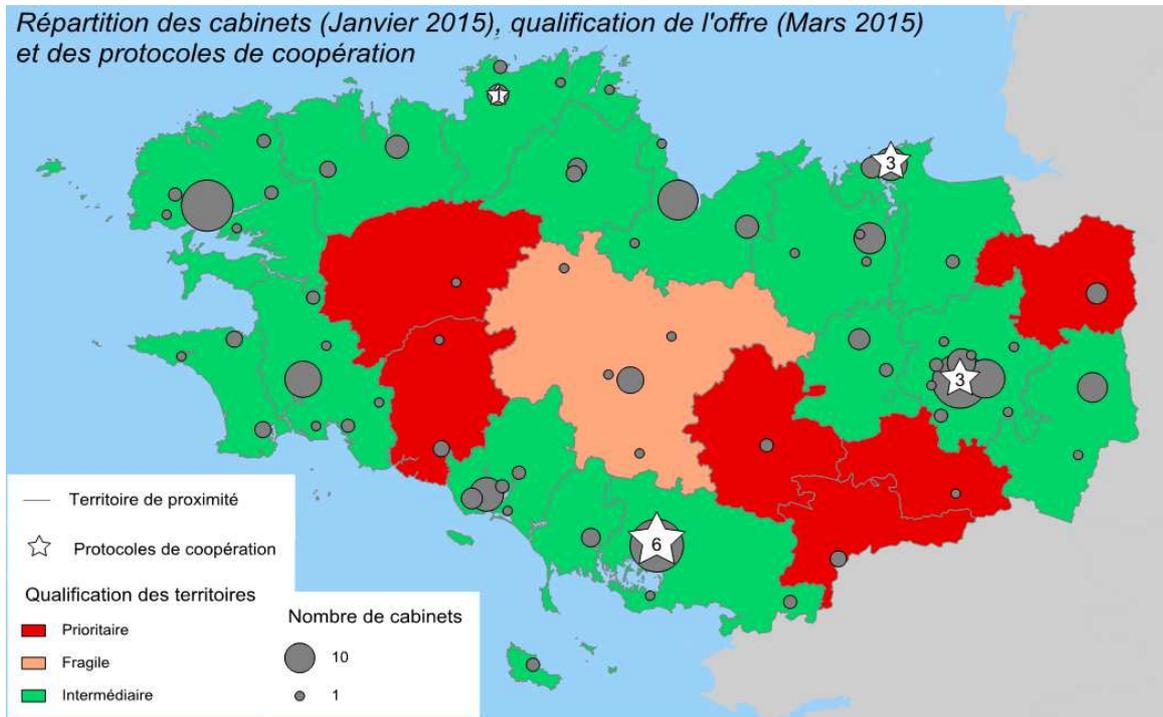
Outre le dispositif ASALEE, 6 cabinets d'ophtalmologistes ont adhéré en Bretagne à des protocoles relatifs à l'ophtalmologie qui permettent la délégation de bilans visuels¹³ vers les orthoptistes, la délégation de la prescription médicale ou le dépistage de la rétinopathie pigmentaire du patient diabétique.

¹² Correspondant aux zones prioritaires, fragiles et à surveiller mises à jour en février 2014 ainsi que les zones urbaines sensibles et les zones de revitalisation rurale

¹³ Pour des patients âgés de 6 à 15 ans ou de 16 à 50 ans.

Carte 5 : Les ophtalmologistes libéraux en Bretagne

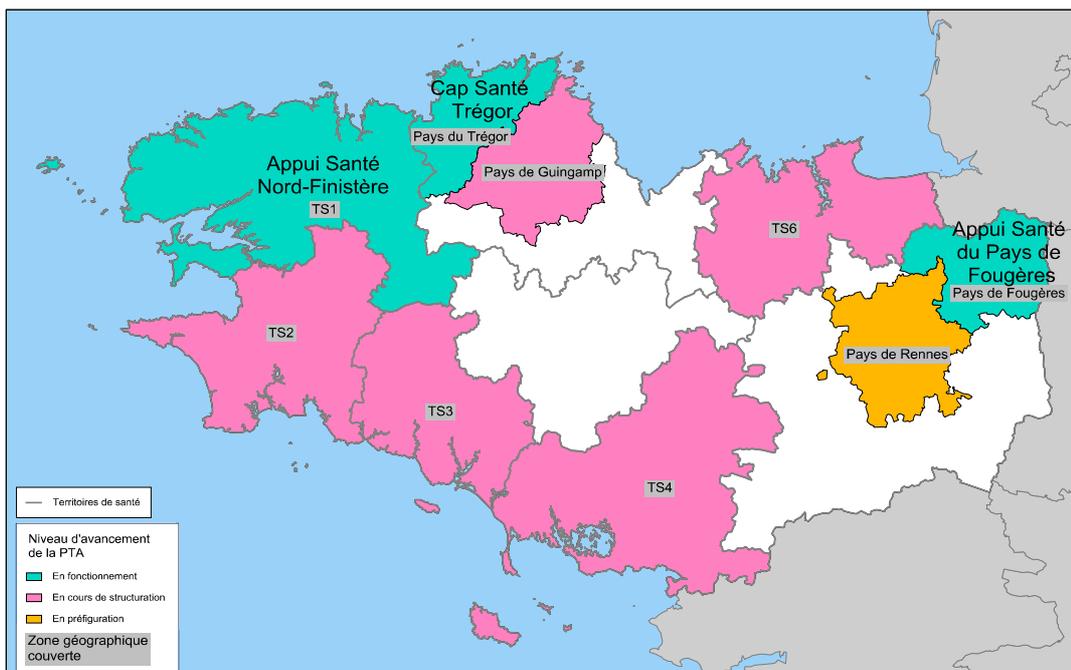
Répartition des cabinets (Janvier 2015), qualification de l'offre (Mars 2015) et des protocoles de coopération



Source : DEMOPS 2015 (ARS Bretagne), Programme des professions de santé (Projet Régional de Santé), Coopération 2015-12 (ARS Bretagne)
 Réalisation ARS Bretagne, Juin 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

LES PLATEFORMES TERRITORIALES D'APPUI

Carte 6 : Carte régionale des PTA



Source : ARS Bretagne 01/06/2016
 Réalisation ARS Bretagne, Août 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

La bonne orientation du patient et la continuité des prises en charge sont des éléments primordiaux en matière d'égalité des chances et d'efficacité. L'objectif de mieux organiser la coordination du parcours de santé, orientation de la Stratégie Nationale en Santé, s'est concrétisé dans les dispositions de la loi relative à la modernisation du système de santé instaurant notamment des missions d'appui à la coordination des situations complexes. La transformation des réseaux de santé thématiques en plateformes territoriales d'appui (PTA) constitue un axe majeur de cette orientation.

Un accompagnement méthodologique et juridique financé fin 2013 par l'ARS a permis la fusion mi-2015 de 6 associations dans le Nord Finistère et 2 associations dans le Trégor-Goëlo pour constituer les deux premières PTA. L'objectif de ces fusions est avant tout d'assurer une prise en charge polyvalente en capitalisant sur le savoir-faire des anciens réseaux territoriaux. Pour ce faire, il leur est demandé de travailler en complémentarité avec les acteurs du territoire, y compris les services de coordination ou d'intégration (CLIC, plateforme ETP, MAIA...). Leur intervention auprès des patients est désormais conditionnée par le principe de subsidiarité.

La couverture territoriale pertinente semble être un territoire de taille intermédiaire entre le département et le territoire de premier recours, toutefois, des dispositifs adaptés seront mis en œuvre au regard de l'existant et de l'initiative des acteurs locaux.

Une plateforme territoriale d'appui, à l'initiative de professionnels de santé libéraux, est en phase de démarrage sur le Pays de Fougères et des travaux de préfiguration sont en cours sur quasiment tous les territoires de santé, pour une couverture à terme de l'ensemble de la région.

LES RESEAUX DE SANTE SPECIFIQUES

Au-delà de la politique d'évolution des réseaux de santé vers les PTA, des réseaux de santé ont développé des expertises spécifiques, souvent régionales, qu'il convient de conforter au regard du service rendu à la population et de l'absence de réponse par ailleurs. L'évolution de ces réseaux doit conjuguer deux objectifs que sont la capitalisation de leur expertise en pôle ressource régional et le maintien d'une logique de coordination ville-hôpital. Sur ces deux axes, la coopération avec les PTA est à rechercher. Les travaux sont menés :

- Avec les quatre réseaux départementaux de périnatalité en vue de développer une organisation régionale, formalisée par des CPOM harmonisés en 2016 ;
- Avec le réseau régional de soins palliatifs pédiatriques en vue de formaliser ses objectifs en tant qu'Équipe régionale ressource. Son CPOM a été signé en mai 2016 ;
- Avec le réseau respiratoire du Nord Finistère dont l'activité a été transférée fin 2015 vers le service SSR de jour créé au CHU de Brest. Une enveloppe spécifique a été allouée à l'équipe CHU pour travailler sur les modalités d'organisation de parcours coordonnés sur la thématique dans le Nord Finistère ;
- Avec le réseau Arc en Ciel pour la promotion au niveau régional et l'aide au déploiement des parcours coordonnés pour les enfants atteints de troubles spécifiques de l'apprentissage ;
- Avec l'association Neurobretagne autour d'une structuration des projets de coordination dans le cadre du plan national des maladies neurodégénératives.

3. Offre hospitalière

Le bilan est présenté en deux temps. La première partie s'intéresse plus particulièrement aux établissements et à leurs plateaux techniques. La seconde partie se focalise sur des filières de soins et/ou des pathologies à forts enjeux en termes de santé publique.

Les établissements de santé et l'organisation de l'offre

PANORAMA DE L'OFFRE HOSPITALIERE

En 2015, la Bretagne dispose de 123 établissements de santé : 46 établissements publics (8 centres de référence¹⁴, dont les 2 CHU), 42 ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) et 35 établissements privés à but lucratif.

Chaque territoire de santé comprend une offre dans les disciplines suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et équipements lourds d'imagerie (IRM, scanner...) ; avec une concentration plus importante dans les zones urbaines et sur le littoral. Rennes et Brest restent les deux pôles majeurs hospitaliers de la région.

Depuis 2010, les principaux regroupements d'établissements de santé ont impacté les établissements privés avec deux regroupements de cliniques brestoises, la fusion de trois cliniques briochines ainsi que la fusion de trois ESPIC du Nord-Finistère. Il est à noter par ailleurs la fusion des CH d'Antrain et de Saint-Brice-en-Coglès.

Les coopérations se sont développées sur l'ensemble des territoires et vont se poursuivre notamment dans cadre des GHT (groupements hospitaliers de territoire) dont le périmètre, arrêté la 1^{er} juillet 2016, reprend celui des actuels territoires de santé.

Au global l'activité MCO, entre 2010 et 2014, augmente moins vite en Bretagne qu'au niveau national (3,4 % en termes de séjours pour une moyenne nationale de 4,5 %). Si l'activité de médecine augmente légèrement moins vite en Bretagne (2,3 % contre 4,2 %) ; l'activité de chirurgie augmente plus fortement que le niveau national (7,2 % contre 6,9 %) ; et le nombre de séjours d'obstétrique baisse beaucoup plus fortement (-6,1 % contre -3,9 %¹⁵).

Les établissements publics réalisent plus de 90 % de l'activité de médecine et 80 % de l'activité d'obstétrique. Les établissements privés effectuent plus de la moitié de l'activité chirurgicale et interventionnelle¹⁶.

¹⁴ CHU de Brest, CH de Cornouaille à Quimper, CH Bretagne Sud à Lorient, CH Bretagne-Atlantique à Vannes, CHU de Rennes, CH de St-Malo, CH de St-Brieuc, CH du Centre Bretagne à Pontivy.

¹⁵ Sources : ScanSanté.

¹⁶ Chiffres et graphiques : Bilan PMSI MCO 2014 – ARS Bretagne.

Répartition de l'activité des différentes disciplines MCO par catégorie d'établissement

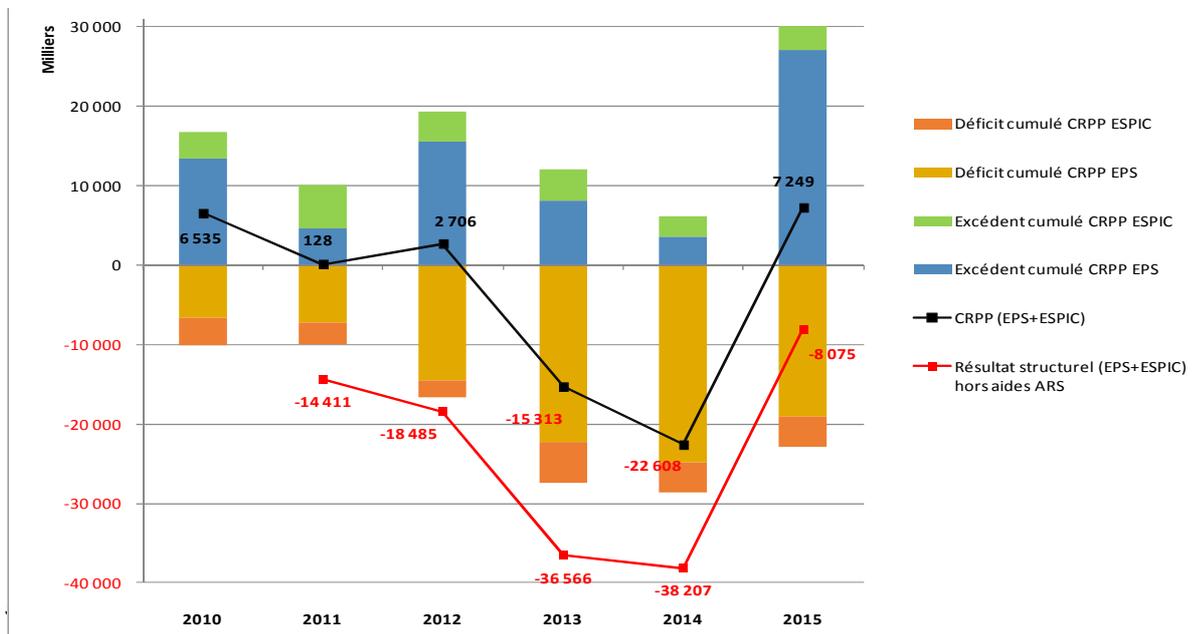

Source: ARS de Bretagne, Bilan PMSI 2014

LES FAITS MARQUANTS DE LA GESTION HOSPITALIERE SUR LA PERIODE 2012-2015
L'évolution de la situation financière des établissements

Les résultats projetés sur l'exercice 2015 par les 85 établissements de santé ex-DG¹⁷ bretons (46 EPS, 39 ESPIC), indiquent un redressement significatif.

Cette situation favorable est due notamment au redressement notable des résultats de certains établissements de référence tels que le CHU de Brest et le CHBS de Lorient, mais également, et ce pour une part significative, à d'importantes cessions d'actifs que le CHU de Rennes (10,8 M€) et le CHGR (4 M€) notamment, ont réalisées en 2015. Cependant ces données ne doivent pas cacher certaines disparités, puisque parallèlement, la situation se dégrade pour d'autres établissements publics (CH de Dinan, de Paimpol et des Pays de Morlaix), ainsi que pour certains ESPIC rennais. En 2015, les déficits cumulés des EPS concernent essentiellement les CH - hors CH de référence et CHU - et leur dégradation se poursuit. A contrario, toutes les autres catégories d'établissements se présentent en meilleure position, en particulier les CHU.

¹⁷ « ex - dotation globale » : désigne les établissements de santé publics et privés non lucratifs, par opposition aux établissements de santé privés à but lucratifs, qui n'ont pas la même échelle de tarifs.

Evolution du résultat de l'activité hospitalière¹⁸ des EPS et des ESPIC en milliers d'euros

L'évolution des résultats en termes de certification

La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la Haute autorité de santé. Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau des prestations et soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.

La version V2010 de la certification HAS dans les établissements sanitaires est terminée, les visites de la version V2014 ont débuté en 2015.

La répartition des niveaux de certification atteints après visites initiales (cf. schéma) par les établissements bretons est proche de la répartition nationale.

Résultats comparés de la certification HAS des établissements de santé

Niveau de certification HAS	Niveau national (2562 ES)	Niveau région (120 ES)
Certification sans recommandation	17,1% (438)	16,6% (20)
Certification avec recommandation	33,7% (864)	31% (38)
Certification avec réserve(s)	36,3% (930)	40,8% (49)
Certification avec réserve(s) majeure(s)/sursis	12,5% (320)	11% (13)
Non certification	0,4% (10)	0

% = nombre d'établissements / niveau de certification HAS
(Nombre d'établissements concernés). Source : HAS

La situation de la démographie médicale

Si l'évolution de la démographie médicale en Bretagne devrait être moins contraignante que pour le territoire national, un état des lieux par spécialité soulève des inquiétudes à plus court terme. Ainsi, l'évolution de la démographie médicale est marquée par des départs à la retraite massifs dans les 5 à 10 ans en gynéco-obstétrique, chirurgie générale, anesthésie réanimation, urologie, orthopédie, ophtalmologie,

¹⁸ Activité hospitalière, c'est-à-dire issue du compte de résultat principal, par opposition aux comptes de résultats « annexes », en général consacrés aux activités médico-sociales

chirurgie vasculaire, neurochirurgie et radiologie. La région, comme l'ensemble du pays, connaît un problème de recrutement de praticiens : urgentistes, anesthésistes, radiologues, et, pour certains établissements, oncologues, chirurgiens, psychiatres, gynécologues-obstétriciens (établissements privés) et pédiatres (établissements publics et privés).

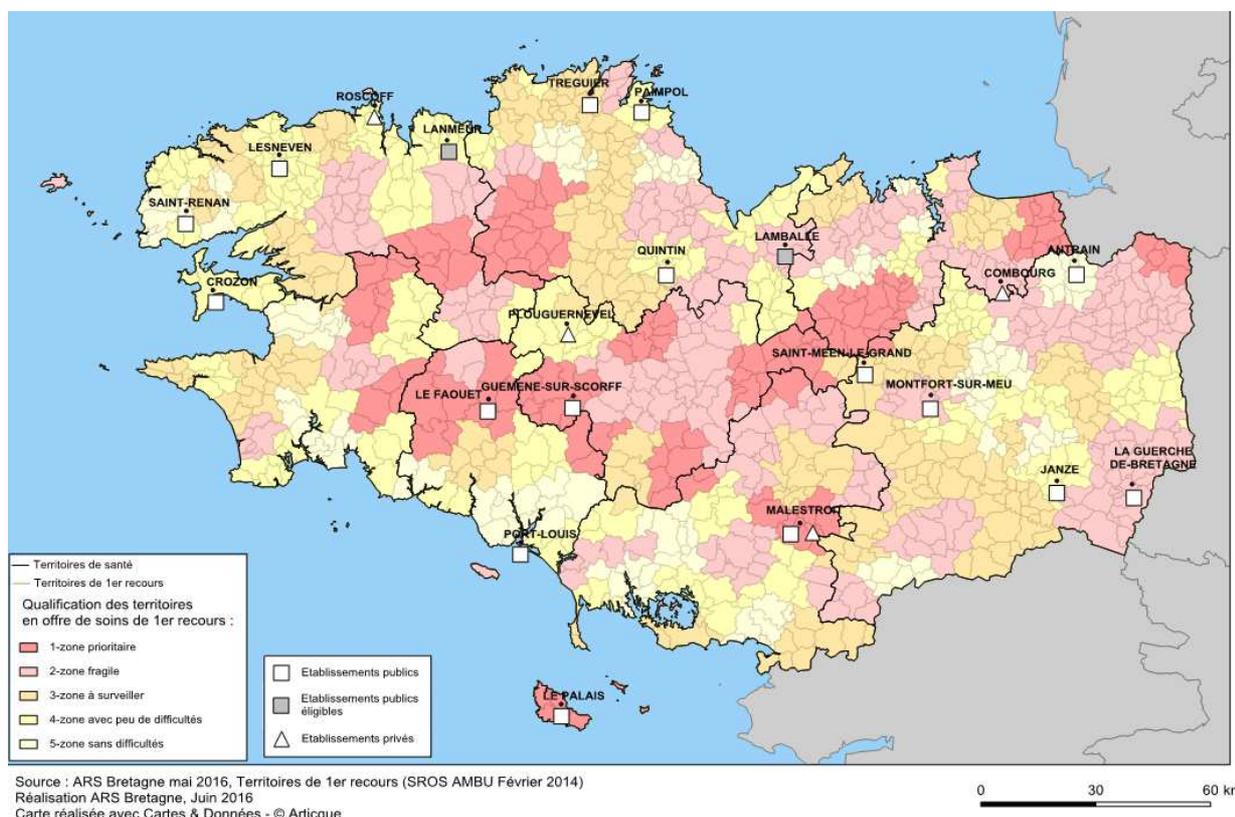
Ces difficultés de recrutement sont plus marquées dans le secteur public, avec une moyenne d'âge des praticiens plus élevée, et conduisent parfois à un recours soutenu à l'intérim notamment pour l'anesthésie, la radiologie nettement renforcé sur les urgences du fait des nouvelles règles de gestion du temps de travail des urgentistes.

D'autre part, il existe une forte disparité en Bretagne entre les territoires de santé mais également entre les sites géographiques en infra territorial. La démographie médicale, ses perspectives, son attractivité doit être un des objectifs stratégiques intégré dans l'élaboration des projets médicaux partagés de territoire des GHT.

Dans ce panorama général, il convient de souligner que le maintien d'équipes de professionnels performants sera facilité par le fait que la Bretagne est une région attractive pour les personnels médicaux et paramédicaux et qu'elle possède un fort potentiel de formation. Un travail est mené de concert avec les 2 facultés de médecine afin d'adapter les flux de formation dans la limite du cadrage national et des capacités de formation des facultés appuyée par l'ARS Bretagne.

LES HOPITAUX DE PROXIMITE

Carte 7 : Hôpitaux de proximité et territoires de premier recours



Nouvelle catégorie de structure hospitalière¹⁹ comprenant essentiellement les « ex-hôpitaux locaux », l'hôpital de proximité a fait l'objet d'une attention particulière dans la région, où il reste proportionnellement

¹⁹ Définie par le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016.

plus présent que dans beaucoup d'autres. 22 établissements bretons sont éligibles à ce statut²⁰, dont trois ESPIC.

Ces établissements, autorisés pour la seule activité médecine en court séjour, sont implantés en zone rurale, majoritairement dans des territoires où l'offre de soins de 1^{er} recours décline, et où la part de population fragile est plus élevée que la moyenne. Leur mission s'exerce au sein d'une offre graduée, et organisée avec le second recours et le secteur médico-social. Ils présentent une offre diversifiée avec des unités de soins SSR et USLD et une offre médico-sociale vers les personnes âgées. Un référentiel régional, finalisé par l'ARS en janvier 2015 avec la participation des fédérations d'établissements concernées, a rappelé les missions des centres hospitaliers locaux devenus hôpitaux de proximité :

- Faciliter l'accès aux soins médicaux externes ou en hospitalisation, et l'accès à la prévention et à l'éducation sanitaire (mission « support » de l'hôpital de proximité contribuant à la structuration de l'offre de soins de sa zone d'attractivité) ;
- Accueillir des personnes âgées de façon permanente ou temporaire dans des structures d'hébergement médico-social ;
- Faciliter le retour et/ou le maintien au domicile de la personne âgée ou handicapée ou en fin de vie.

Leur projet médical peut être plus rapidement fragilisé par l'impact d'une démographie médicale vieillissante en zones rurales éloignées des agglomérations, en perte d'attractivité pour les jeunes médecins, alors même qu'ils sont le lieu de soins où médecine libérale et médecine hospitalière collaborent au quotidien, et contribuent ainsi au maintien à domicile des patients les plus âgés.

C'est dans ce contexte que ces établissements ont connu, sur la durée du PRS, des évolutions sensibles :

- De gouvernance, notamment en intégrant des directions communes avec d'autres CH ;
- De coopération territoriale, en particulier au sein de certaines CHT²¹, que la perspective des projets médicaux partagés au sein des GHT confirmera ;
- De conception tant organisationnelle qu'architecturale, à l'occasion de projets immobiliers rendus indispensables par l'état des locaux, tout en tenant compte de l'évolution de l'offre et des besoins des populations.

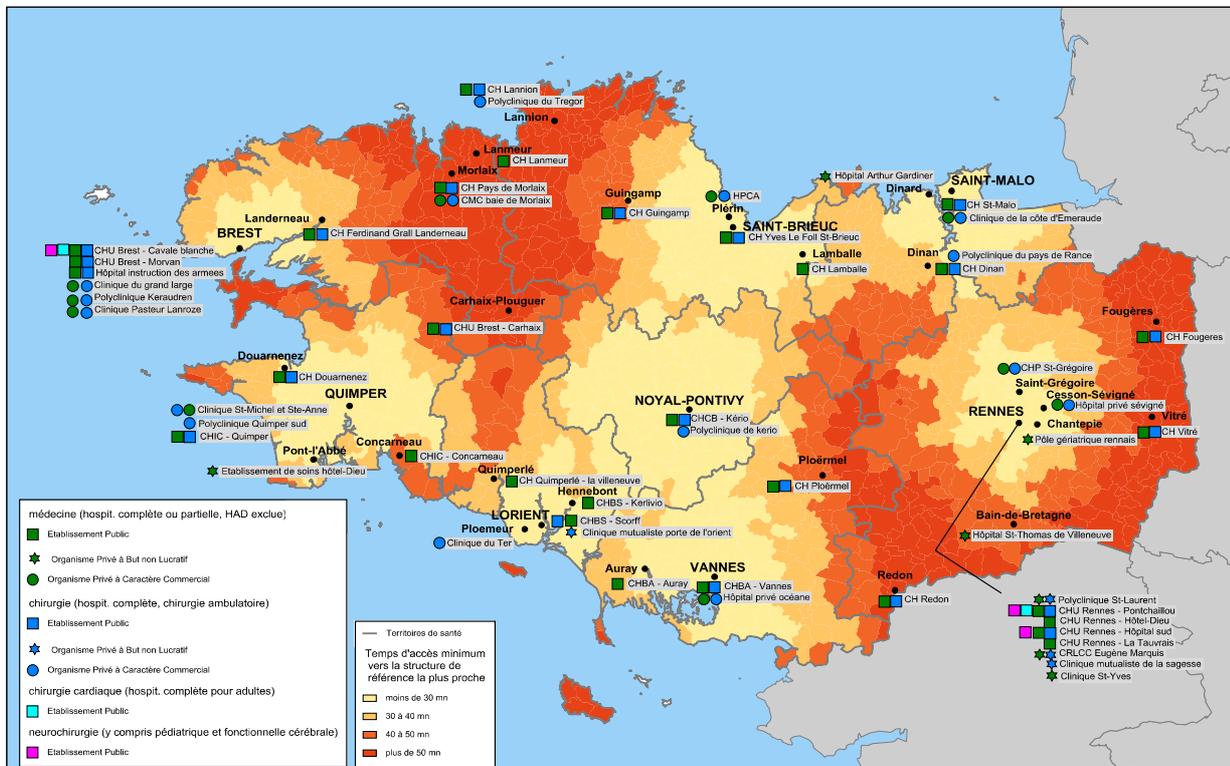
L'hôpital de proximité est porteur d'un enjeu fort d'attractivité vers les professionnels de santé libéraux, médecins voire paramédicaux (psychologue, ergothérapeute, orthophoniste). La dynamique d'équipe est un levier d'avenir. Les projets immobiliers ou de télémédecine, qui participent aux nouvelles modalités de coopérations, pourront y contribuer, en particulier grâce à la proximité des maisons médicales et des sites hospitaliers.

²⁰ Deux établissements de la région l'ont cependant décliné.

²¹ Communautés hospitalières de territoire.

LES STRUCTURES DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Carte 8 : Structures de médecine et chirurgie (hors hôpitaux de proximité) et accès aux CH de référence



Source : ARHGOS (autorisations) 1er février 2016, Distancier Odomatix version 2010 (réseau routier 2004)
Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articaue

0 33 65 km

L'enjeu territorial

Les taux de recours en médecine et en chirurgie en Bretagne restent inférieurs aux taux nationaux et évoluent plus faiblement qu'au niveau national.

Evolution du taux de recours 2010/2014

	médecine			chirurgie		
	2010	2014	évolution	2010	2014	évolution
TS1	153	150	-2,2%	92	101	9,3%
TS2	135	136	0,9%	89	91	1,7%
TS3	153	152	-0,5%	91	97	6,5%
TS4	135	130	-3,4%	88	91	4,3%
TS5	125	129	2,8%	83	86	3,7%
TS6	148	145	-1,8%	92	95	3,2%
TS7	153	152	-1,2%	90	91	1,2%
TS8	152	155	1,7%	97	96	-0,3%
Bretagne	142	141	-0,5%	89	92	4,2%
France	151	154	2,2%	94	98	4,7%

Source : ARS de Bretagne, 2016

Comme en 2010, les taux de recours montrent une grande hétérogénéité selon les territoires et les disciplines. Leurs évolutions entre 2010 et 2014 sont également très variables d'un territoire à l'autre.

La structuration en termes de taux de fuite et d'attractivité des différents territoires n'a pas connu de modifications fondamentales entre 2010 et 2014.

Activité de médecine – attractivité et fuite par territoire

	2010				2014			
	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire
TS1	9,9%	4,9%	TS2	43,1%	10,8%	4,9%	TS2	38,3%
TS2	10,0%	11,6%	TS1	64,3%	10,0%	12,8%	TS1	66,3%
TS3	9,7%	11,7%	TS2	36,1%	9,9%	12,1%	TS2	26,4%
TS4	11,9%	19,4%	HR	40,2%	12,1%	18,6%	HR	40,2%
TS5	24,4%	6,1%	HR	59,8%	20,5%	7,1%	HR	57,9%
TS6	6,8%	34,3%	TS5	70,9%	7,1%	21,8%	TS5	57,5%
TS7	11,3%	9,3%	TS5	39,2%	10,1%	10,1%	TS5	36,2%
TS8	10,8%	42,6%	TS4	28,3%	11,6%	36,3%	TS4	26,4%

Source : ARS de Bretagne, 2016

En médecine, les TS 6 et 8 restent les territoires avec les plus forts taux de fuite même si ceux-ci ont fortement baissé durant la période (respectivement -13,5 et -5,9 points). Le troisième territoire au taux de fuite important est le TS 4, son taux a peu évolué (23,7 % en 2014 contre 24,9 % en 2010). Ces fuites restent à plus de 40% hors région.

Activité de chirurgie – attractivité et fuite par territoire

	2010				2014			
	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire	Taux d'attractivité	Taux de fuite	Principal territoire de fuite	% de fuite vers ce territoire
TS1	12,2%	6,0%	TS2	42,3%	12,4%	6,0%	TS2	43,5%
TS2	15,6%	14,3%	TS1	65,5%	16,2%	16,2%	TS1	65,2%
TS3	12,3%	21,2%	TS2	40,9%	12,4%	20,4%	TS2	39,9%
TS4	14,0%	24,9%	HR	46,5%	14,6%	23,7%	A	42,3%
TS5	25,0%	8,3%	HR	69,3%	26,3%	8,6%	A	68,9%
TS6	6,8%	30,8%	TS5	67,3%	7,8%	33,3%	TS5	71,0%
TS7	10,6%	15,5%	TS5	41,0%	10,5%	17,7%	TS5	42,1%
TS8	12,9%	39,9%	TS4	29,8%	13,5%	43,6%	TS4	30,6%

Source : ARS de Bretagne, 2016

En chirurgie, les TS 6 et 8 restent les territoires avec les plus forts taux de fuite (à près de 70 % vers le TS 5 pour le TS 6). Les TS 3 et 4 connaissent également un taux de fuite important (plus de 20 %) vers respectivement le TS 2 et Nantes (pour environ 40 % de leur fuite).

L'enjeu de développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire figurait parmi les priorités du PRS 2012-2016, car la Bretagne devait combler son retard par rapport au niveau national. Ce retard a été rattrapé depuis.

Dès 2011, la Bretagne a adopté un plan de développement régional spécifique. Celui-ci s'est concrétisé à

travers les CPOM²² de nouvelle génération, où l'ARS Bretagne a fait le choix d'inclure des objectifs chiffrés relatifs au développement de la pratique ambulatoire. Autant d'éléments intégrés de façon individualisée pour tenir compte des profils de patients accueillis et des pathologies prises en charge dans les établissements.

Des appels à projets ont complété ce dispositif volontariste. Deux ont été lancés dès la fin 2011, s'engageant fortement sur un développement quantitatif et qualitatif de la chirurgie ambulatoire. Neuf établissements bretons y ont participé. Un dixième a créé un centre régional de formation à l'ensemble du processus de prise en charge ambulatoire pour le traitement chirurgical des hernies inguinales. Enfin, cinq établissements s'y sont engagés pour favoriser le développement de pratiques quasi inexistantes en ambulatoire. L'ARS Bretagne a reconduit des appels à projets en 2013, ciblant les prises en charge innovantes, le public spécifique des 75 ans et plus, et les établissements acceptant d'aller au-delà du taux cible minimal proposé pour 2016.

Ces dispositifs incitatifs ont influencé significativement le bilan de l'activité de chirurgie ambulatoire, que l'on peut souligner en quelques chiffres :

- Une chirurgie ambulatoire réellement substitutive, qui se traduit par une évolution globalement modérée des volumes d'activité en chirurgie, mais avec une nette baisse des séjours en hospitalisation complète (-7,1 % en 4 ans) au profit d'une forte augmentation des séjours ambulatoires (+34 % sur la même période) ; il s'agit d'une tendance plus marquée que pour les évolutions constatées en France (respectivement -5,1 % et +27,3 %) ;
- Une progression marquée du taux de chirurgie ambulatoire dans la région, de 2 points par an en moyenne (+ 13,8 points entre 2007 et 2014) ;
- Un taux régional de 45 % dépassant aujourd'hui le taux national de 44,9% (sur la base du périmètre retenu dans le PRS) avec positionnement au 9^{ème} rang des 26 régions françaises 2014 (18^{ème} rang en 2010) ;
- Un faible taux de chirurgie ambulatoire foraine²³, en diminution constante et inférieur à la moyenne nationale (11,1 % en 2014) témoignant d'une bonne organisation des unités de chirurgie ambulatoires bretonnes (5^{ème} meilleur rang des 26 régions françaises).

En médecine, comparativement à la chirurgie, le « virage ambulatoire » accuse un retard en partie lié aux freins suscités par l'organisation des unités de médecine polyvalentes ambulatoires dans les établissements, et aux règles de tarification T2A qui sont peu favorables au séjour ambulatoire en médecine.

L'activité de médecine ambulatoire regroupe des prises en charge très variées : les traitements réalisés en séances itératives (chimiothérapie, transfusions, dialyse...), les explorations diagnostiques ou thérapeutiques par acte classant dit interventionnel (endoscopie, explorations vasculaires...) et le suivi et bilan de pathologies généralement chroniques relevant d'une prise en charge multidisciplinaire sur la journée (diabète, insuffisance cardiaque, pathologie neurologique...). Les évolutions d'activité sont variables suivant le profil de prise en charge.

Entre 2011 et 2014, en nombre de séjours, l'activité de médecine non interventionnelle avec nuitée augmente de 1,93 % et l'activité dite interventionnelle, avec ou sans nuitée, connaît un bel essor avec + 8.6 %. L'activité ambulatoire, hors séances, diminue de 5,15 % alors que l'activité des séances augmente de + 6.96 %.²⁴

Les perspectives

Au-delà des objectifs posés par le plan triennal, le « virage ambulatoire » reste une nécessité à développer de manière volontariste car il correspond d'abord à une attente qualitative de plus en plus exprimée par les patients dans leurs choix thérapeutiques. Il correspond aussi à la traduction, dans les organisations de

²² Contrats pluriannuels d'objectif et de moyens.

²³ Chirurgie ambulatoire pratiquée dans des services d'hospitalisation complète et non dans des unités ambulatoires dédiées.

²⁴ Chiffres : MCO Bilan PMSI 2014 – ARS Bretagne.

santé, des bénéfices induits par l'évolution des techniques médicales. Il correspond enfin à une voie nécessaire d'évolution du système de santé pour répondre aux besoins croissants de la population.

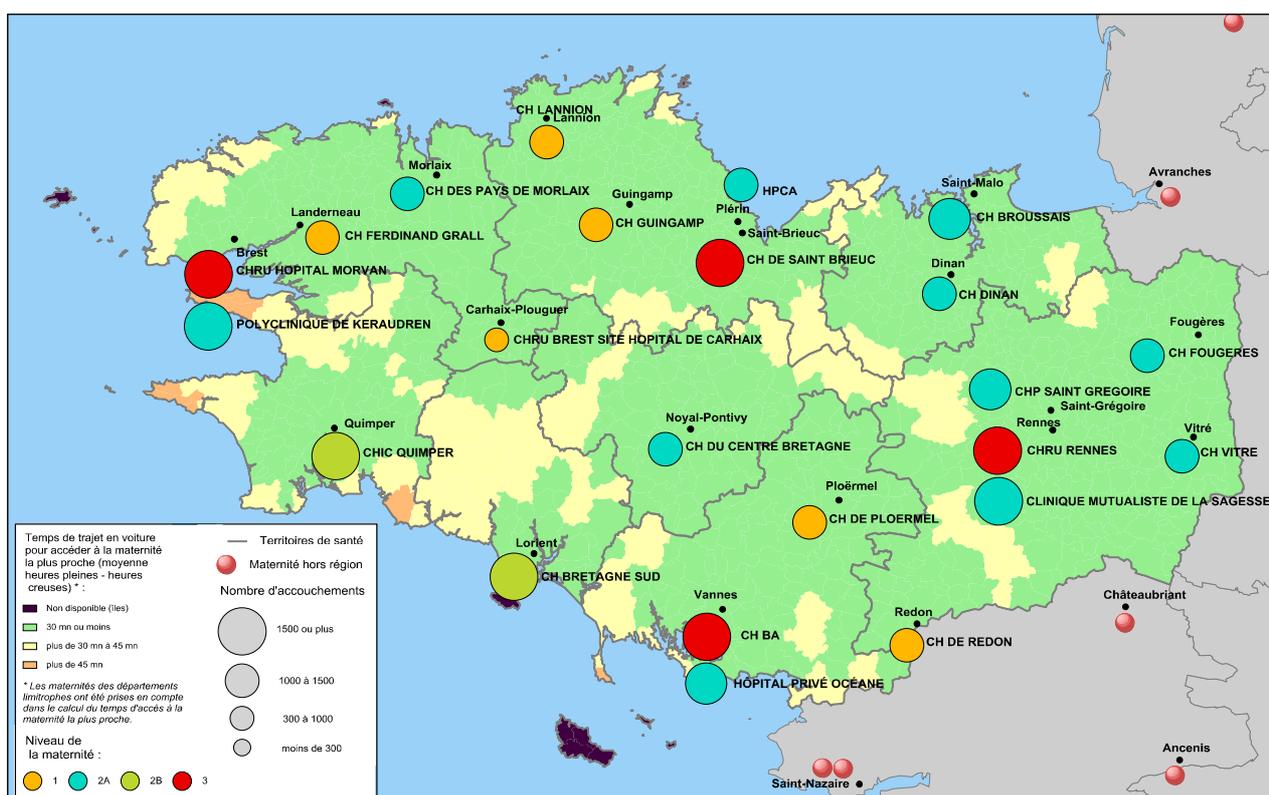
Les projets médicaux partagés des GHT participeront à ces perspectives en chirurgie et en médecine.

En chirurgie, la part de la chirurgie ambulatoire progressera encore²⁵, et devra contribuer à préciser les organisations par niveaux de soins et l'optimisation des plateaux techniques opératoires, dans un contexte de démographie médicale difficile, particulièrement en anesthésie-réanimation.

En médecine, le développement de l'activité ambulatoire et programmée restera un enjeu du prochain PRS, à la recherche d'une meilleure fluidité des parcours, et de l'optimisation de la gestion des lits. Le renforcement de la télémédecine, le développement d'équipes médicales de territoire et de filières de soins (gériatrie, cardiologie, neurologie, cancérologie...), constituent des leviers d'actions pour l'avenir au service de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins.

LA PERINATALITE

Carte 9 : Sites de périnatalité et accessibilité



Après trois plans périnatalité ayant abouti à une restructuration des maternités de la région, les objectifs du PRS 2012-2016 et de son annexe territoriale visaient à stabiliser et sécuriser le fonctionnement des maternités. Le PRS a maintenu les principes antérieurs, définissant l'offre périnatale selon une organisation territoriale graduée. Le nombre de villes (18) disposant d'une maternité a été maintenu sur la durée du PRS avec quelques regroupements de plateaux techniques (2) au sein d'une même ville permettant le maintien de l'accessibilité de la population bretonne à un lieu de naissance.

²⁵ L'objectif posé par le plan triennal pour la région est 66,6 % de taux de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2020.

L'organisation des maternités en 3 niveaux²⁶, a permis d'assurer une adéquation entre les modalités de la prise en charge et le niveau de risque materno-fœtal : 89 % des enfants prématurés de moins de 32 semaines naissent dans un établissement de niveau 3.

Les organisations ainsi constituées restent toutefois fragiles dans les territoires. Le maillage territorial des maternités n'a pu se maintenir que par une plus grande mutualisation des équipes de pédiatrie entre les établissements. C'est le cas notamment dans le territoire sanitaire n°4 où le CH Bretagne-Atlantique de Vannes et le CH de Ploërmel ont conclu une convention de partenariat renforçant la sécurisation de la prise en charge des nouveaux nés à la maternité de Ploërmel et une diversification des prestations de consultations pédiatriques. D'autres territoires sont engagés dans des démarches comparables. Les projets médicaux des GHT devront sans aucun doute y veiller attentivement.

Le PRS a également prévu d'impliquer les réseaux de périnatalité dans le développement des actions nouvelles en direction des femmes enceintes et des nouveaux nés. Les 4 départements bretons se sont effectivement dotés d'un dispositif de suivi des nouveaux-nés vulnérables (grands prématurés et nouveaux nés hospitalisés en service de réanimation néonatale) réunissant les services de néonatalogie, les CAMSP, les services de PMI et un réseau de professionnels de santé libéraux (pédiatres, médecins généralistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens...).

Ces dispositifs améliorent le repérage et la prise en charge précoce des troubles du développement des nourrissons. Mais ce sujet restera une priorité à poursuivre avec le futur PRS, afin de favoriser une collaboration accrue avec les acteurs de l'offre ambulatoire en périnatalité, construire les parcours en périnatalité et notamment les étapes de la grossesse physiologique, du retour à domicile et de la transition vers les dispositifs d'accompagnement de la petite enfance. Les réseaux eux-mêmes auront à évoluer vers une intégration d'une partie de leurs missions au niveau régional.

Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation (AMP), il a fixé des objectifs d'amélioration de l'accessibilité aux différentes techniques, de développement du don d'ovocytes et d'amélioration de la qualité des prises en charge.

En matière d'accès à l'IVG, le PRS a fixé un objectif de maintien du niveau opérationnel des centres d'IVG existant, en favorisant l'accès à toutes les techniques et en garantissant la qualité des pratiques. Des formations des personnels d'accueil des centres d'IVG et des échanges de pratiques, initiés par des praticiens des centres d'IVG, des représentants des centres de planification gérés par les conseils départementaux et du planning familial se sont mises en place pour assurer la pérennité et la qualité des interventions ainsi que le développement de l'IVG médicamenteuse.

L'HOSPITALISATION A DOMICILE

L'ensemble du territoire breton est couvert par une structure d'hôpital à domicile (HAD). Au total, 13 HAD sont autorisées sur la région.

En 2015, le taux de recours en Bretagne en HAD était de 16,7 patients par jour pour 100 000 habitants (contre environ 19,4 en France). Le recours à l'HAD a progressé depuis 2011 (12,6 patients par jour pour 100 000 habitants).

Ce taux est toujours inférieur au niveau national. Une instruction ministérielle²⁷ est venue réaffirmer la volonté nationale d'un développement fort de l'HAD dans les années à venir, notamment en substitution à l'hospitalisation conventionnelle, avec un objectif de taux de recours de 30 patients par jour pour 100 000 habitants d'ici 2018. Ce développement est également un objectif du « virage ambulatoire » prévu par le plan triennal²⁸.

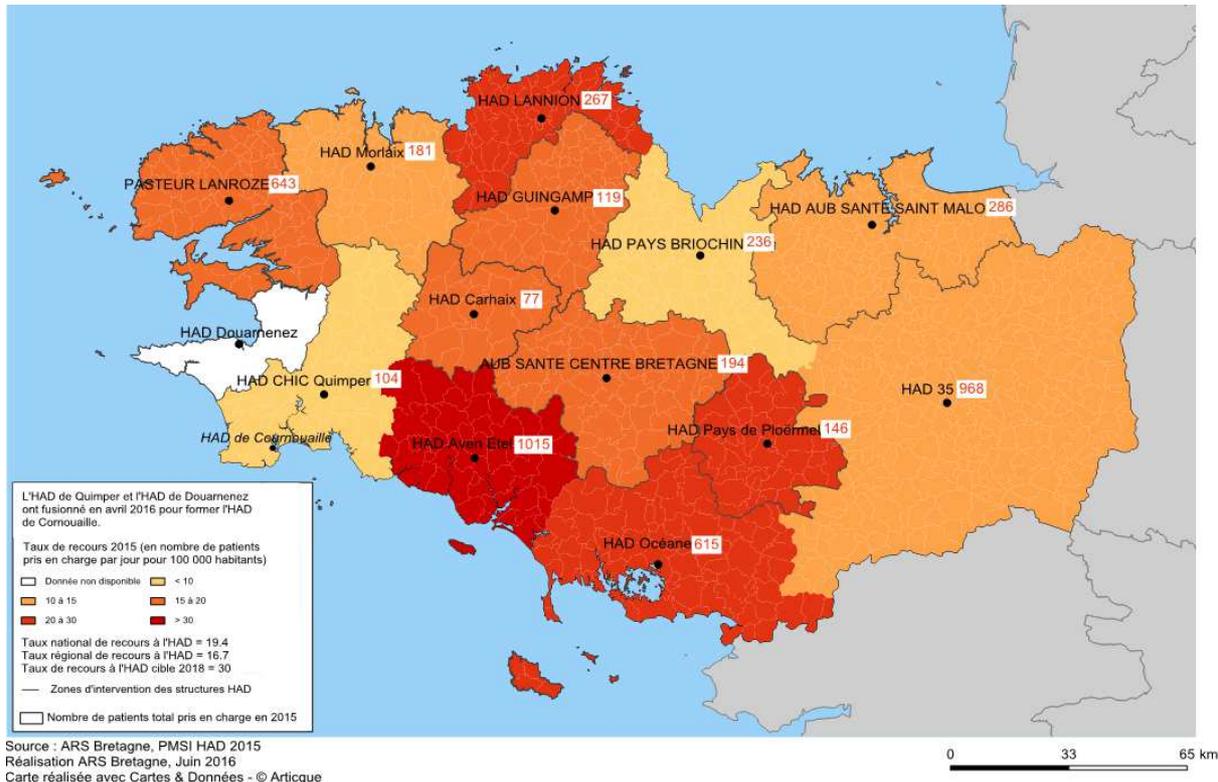
²⁶ Les maternités de niveau 2 possèdent un service de néonatalogie avec (2A) ou sans (2B) service de soins intensifs. Les établissements de niveau 3 disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques.

²⁷ Instruction DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD.

²⁸ Plan triennal 2015-2017 pour l'efficacité et la performance du système de santé.

A l'instar du niveau national, ce sont les soins palliatifs qui représentent le principal mode de prise en charge, suivis des pansements complexes et des soins de nursing lourds, mais la diversification des prises en charge recherchée ne s'est pas produite. Les patients admis en HAD proviennent pour 70 % d'un établissement de santé et pour 30 % du domicile. L'intervention de l'HAD dans les établissements médico-sociaux est, en Bretagne, le double de celle du national.

Carte 10 : Zones d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD)



Les HAD ne sont pas encore assez visibles dans l'offre de soins au niveau territorial pour les prescripteurs et peuvent rencontrer des difficultés de positionnement vis-à-vis des différentes offres (équipes mobiles, hospitalisation de jour, SSIAD, professionnels libéraux...).

Des actions ont déjà été réalisées pour faire connaître l'HAD et la dynamiser. Dans le cadre du plan triennal, à la demande de l'ARS, différents établissements de santé se sont engagés sur des objectifs chiffrés d'adressage.

Ces actions doivent se poursuivre. Le programme de développement en Bretagne s'articule autour de 4 objectifs principaux : assurer un taux régional de recours de 30 patients par jour pour 100 000 habitants, accroître les modes de prise en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les admissions depuis le domicile, diversifier les modes principaux de prise en charge au sein des structures, et assurer la pertinence des prises en charge. Il est également nécessaire de soutenir le développement de l'activité des HAD et de les aider à se restructurer territorialement quand cela est nécessaire. La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire à compter de 2016, qui prévoient leur association systématique à la structure d'HAD territoriale, va également favoriser le développement de cette modalité de prise en charge.

L'amélioration du taux de recours doit permettre à l'ensemble de la population de bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation complète, quand celle-ci est médicalement possible. Elle est à ce titre un enjeu majeur dans le virage ambulatoire du système hospitalier.

LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

L'offre est répartie sur 79 établissements. Neuf spécialités sont présentes sur la région selon une répartition conforme au schéma régional d'organisation des soins : appareil locomoteur, système nerveux, respiratoire, cardio-vasculaire, digestif, onco-hématologie, addictions, grands brûlés et personnes âgées polypathologiques.

12,5% de l'activité est réalisée en ambulatoire soit une progression sur l'ensemble des spécialités par rapport à l'hospitalisation complète, excepté en SSR pour personnes âgées (PAPD²⁹) où l'activité progresse pour les deux modalités d'accueil.

L'équipement des structures est satisfaisant avec des plateaux techniques spécialisés et un déploiement sur l'ensemble des territoires d'un système d'information régional d'orientation des patients (ORIS). Le dispositif n'offre cependant pas de liens efficaces avec les besoins des acteurs du médico-social, en particulier autour de la prise en charge des personnes âgées et handicapées. Il devra être remanié avec la mise en place d'un système d'information régional du suivi des orientations du secteur médico-social, interopérable avec le système d'information des MDPH, en concertation avec les conseils départementaux.

Si la démographie médicale est satisfaisante, les kinésithérapeutes sont trop peu nombreux et leurs recrutements difficiles.

Le virage ambulatoire en SSR n'est que partiellement amorcé :

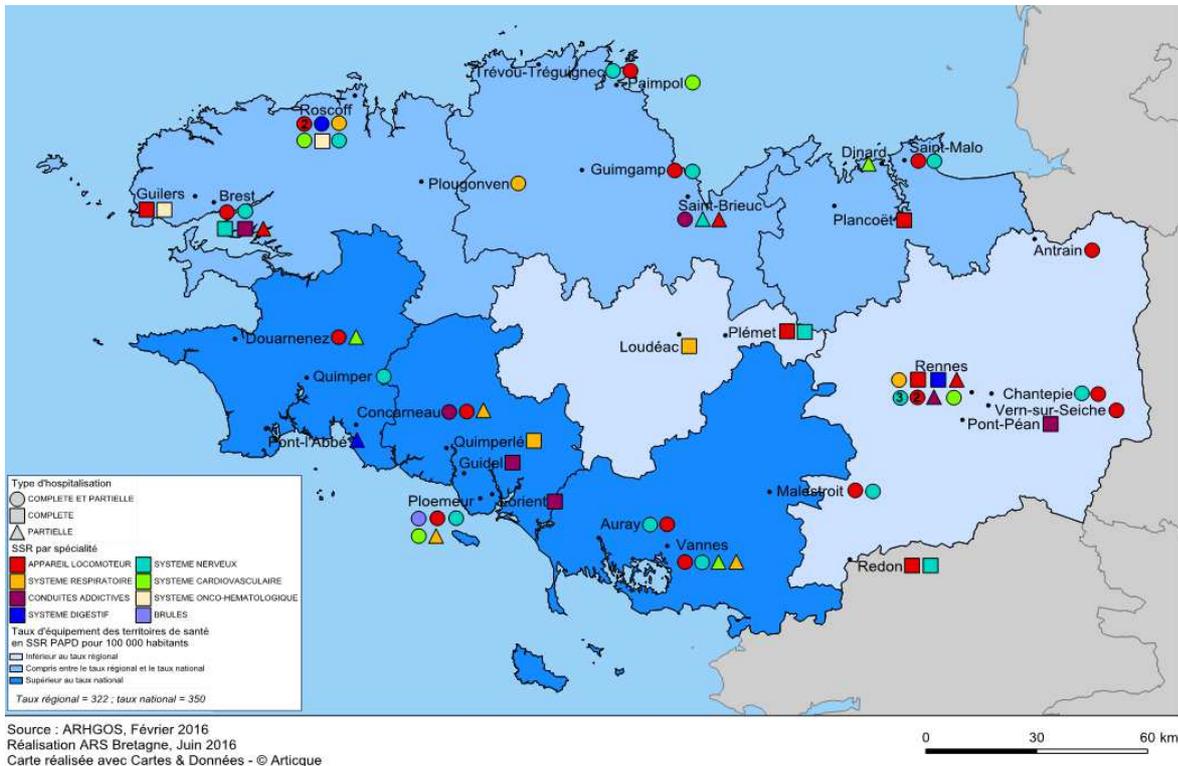
- ➔ Les autorisations d'hospitalisation de jour ne sont pas toutes mises en œuvre et les réflexions territoriales de parcours insuffisamment développées ;
- ➔ Les équipes mobiles de réadaptation donnent des résultats positifs, mais elles n'ont été expérimentées que dans deux territoires de santé (territoires n° 3 et 5).



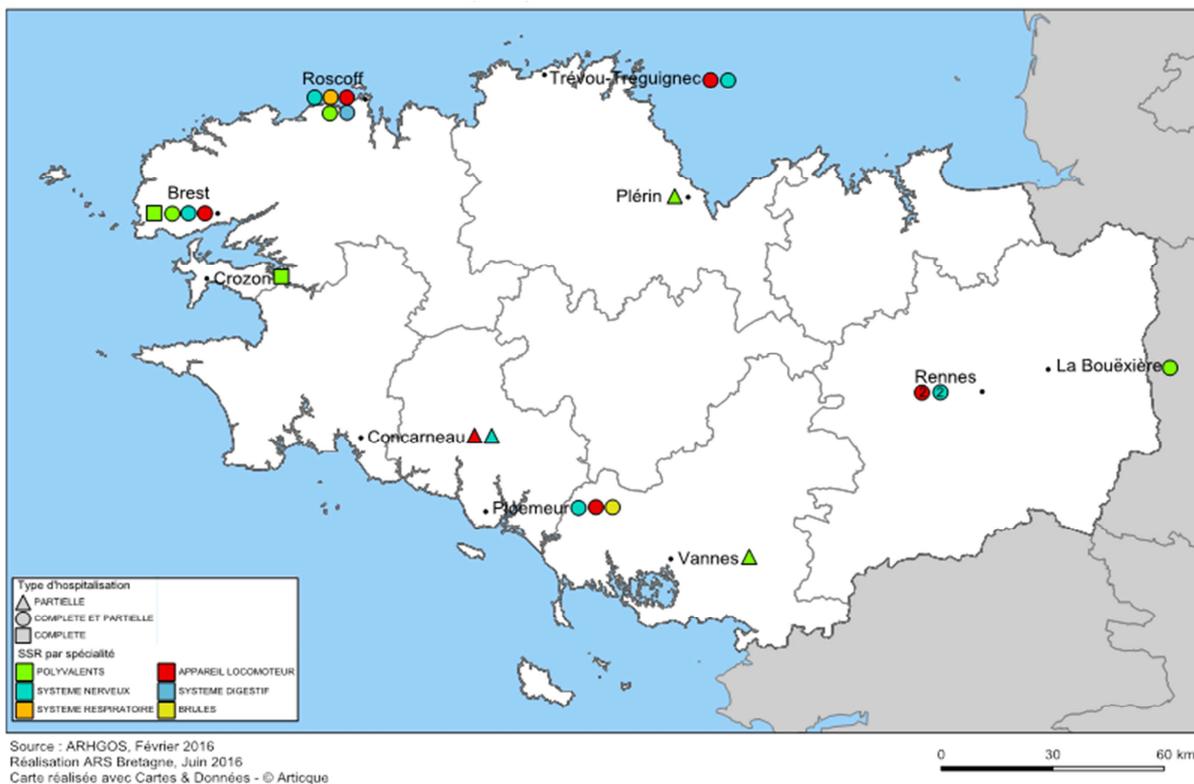
En SSR pédiatrique, l'organisation de l'offre est inégalement répartie (certains territoires n'en disposent pas) malgré les gains attendus en matière de décloisonnement sanitaire/médico-social. Il y a donc une certaine inégalité territoriale d'accès à l'expertise qu'il conviendra d'inscrire parmi les priorités qui demeurent d'une grande acuité.

²⁹ SSR spécialisés « personnes âgées polypathologiques à risque de dépendance ».

Carte 11 : Sites de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés adultes



Carte 12 : Sites de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés enfants

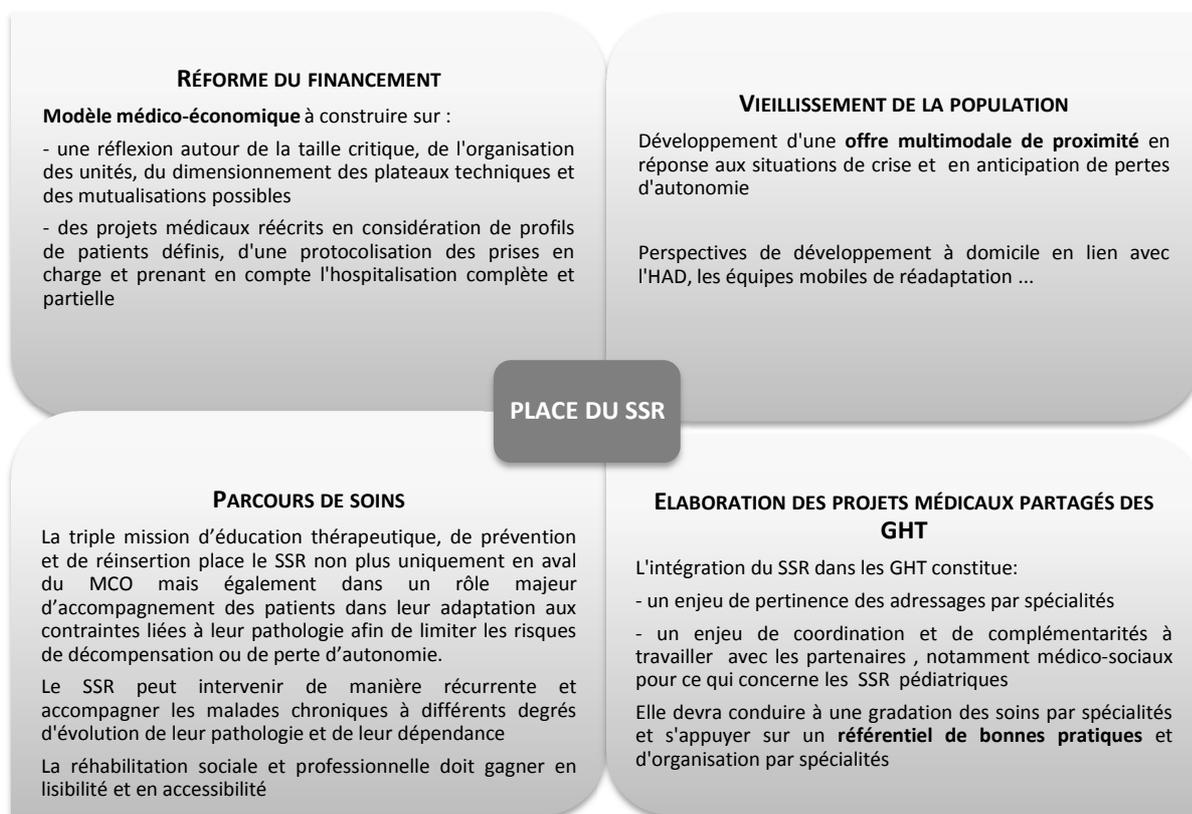


Enjeux et perspectives : vers un nouveau positionnement du SSR

Les enjeux associés à l'évolution de l'offre SSR restent étroitement liés à :

- La dimension organisationnelle et médicale de l'offre (organisation des parcours avec l'ensemble des acteurs publics et privés, et projets médicaux partagés au sein des GHT) ;
- La poursuite d'une adaptation de l'offre à l'évolution des besoins de la population (réponse au vieillissement accru de la population, et interaction plus efficiente avec les prises en charge à domicile et dans le secteur médico-social) ;
- l'anticipation des paramètres médico-économiques des activités SSR, étroitement liés à la réforme nationale engagée sur un calendrier progressif non finalisé.

En conséquence, les enjeux d'avenir du SSR peuvent être présentés dans le schéma suivant :



LES SOINS D'URGENCE ET LA REANIMATION - SURVEILLANCE CONTINUE

Les soins d'urgence

Les acteurs et les enjeux d'efficience

La dynamique des projets portés par les acteurs de l'urgence en Bretagne est un atout pour l'avenir. La Bretagne compte 30 structures d'urgences réparties sur son territoire, dont deux structures d'urgences pédiatriques et une structure saisonnière, 23 services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR), 4 services d'aide médicale urgente (SAMU).

L'organisation des urgences a mobilisé les professionnels au bénéfice de plusieurs projets régionaux :

- Concevoir et mettre en place un référentiel commun de régulation des SAMU, préalable indispensable à l'informatisation des quatre SAMU bretons avec un ensemble homogène de solutions informatiques et de communication sur la période 2014-2016 ;
- Optimiser les filières d'urgence au sein des établissements grâce au plan « Hôpital en Tension » avec l'optimisation de la gestion des lits en aval des urgences, accompagné par un appui méthodologique de l'ANAP, au sein d'établissements volontaires pour améliorer l'organisation de la gestion des lits, réduire les temps d'attente et optimiser les parcours ;
- Organiser l'observatoire régional des urgences : constitué en groupement de coopération sanitaire, le réseau breton des urgences (RBU) s'est organisé grâce au travail d'une équipe régionale qui n'a organisé la collecte exhaustive des résumés de passages aux urgences (RPU), pour en tirer ainsi les premiers indicateurs utiles à la mise en place d'un observatoire régional des urgences plus ambitieux dans le contexte d'une organisation territoriale des urgences.

Les enjeux territoriaux

La répartition harmonieuse des structures et acteurs de l'urgence reste une priorité territoriale importante, appelée à répondre notamment à l'objectif national de réponse aux urgences dans le délai de 30 minutes. En 2016, 3,1% de la population bretonne est située à plus de 30 minutes d'accès aux soins urgents (services d'urgences, SMUR, médecin correspondant du SAMU, hélicoptère SMUR et hélicoptères de la sécurité civile).

Par rapport aux SROS antérieurs, l'offre hospitalière régionale n'a pas fondamentalement modifié la répartition territoriale des structures d'urgences sur la durée du PRS³⁰. Mais elle a amélioré sa réponse autour de plusieurs actions complémentaires :

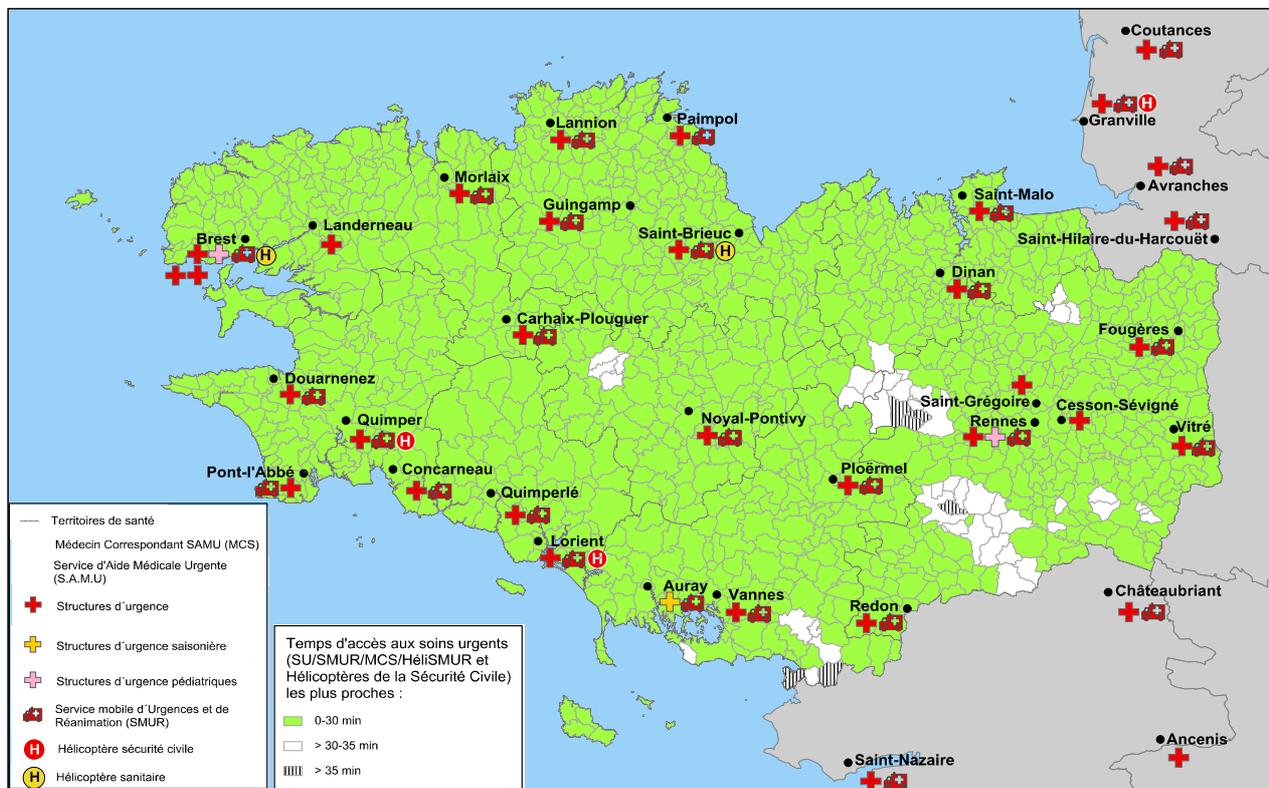
- La redéfinition de la réponse héliportée : en 2015, les régions Bretagne et Pays de Loire ont collaboré à la mise en place d'un marché inter-régional, qui se traduit en Bretagne par une disponibilité opérationnelle accrue de deux hélicoptères sanitaires, conformes aux nouvelles normes européennes du transport médical héliporté. Le dispositif complète celui de la sécurité civile, qui reste équipé de deux hélicoptères « Dragon » aptes aux conditions de vol les plus difficiles.
- Depuis l'année 2015 la Bretagne compte 19 médecins correspondants du SAMU (MCS) sur les îles et la presqu'île de Crozon, afin de mieux couvrir les zones blanches identifiées dans ces territoires.

L'un des enjeux de l'organisation territoriale des urgences à venir porte sur la mise en œuvre du référentiel national du temps de travail au sein des urgences³¹. Au-delà de la constitution d'un comité de suivi régional (CSRTMU) en 2016, la mise en œuvre de ce protocole, et son incidence sur les organisations territoriales, est l'un des enjeux les plus importants pour conforter la qualité de la réponse aux urgences dans les territoires bretons.

³⁰ La seule modification intervenue est consécutive à la réorganisation de l'offre Urgences / MCO sur un site unique à l'ouverture du CHCB.

³¹ Prévus par la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR, il fixe un objectif de passage du temps de travail des urgentistes à 39 heures.

Carte 13 : Accès aux soins d'urgence



Source : ARHGOS au 01/01/2016 (autorisations), ARS Bretagne, distancier METRIC de l'INSEE
 Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 33 65 km

La réanimation et la surveillance continue

La prise en charge des patients en état ou à risque de défaillance vitale mobilise en urgence différents acteurs depuis le centre 15 de régulation du SAMU, les SMUR et les services d'urgences aux unités de réanimation et aux unités de surveillance continue (USC) autonomes des établissements dépourvus de réanimation.

Depuis la restructuration du SROS 2006-2011, l'offre en lits de réanimation polyvalente adulte n'a pas été modifiée sur les 11 sites autorisés de la région, alors que la population croît et vieillit. Ainsi, en incluant les 9 lits de réanimation pédiatrique et 16 lits de réanimation de chirurgie cardio-thoracique, le ratio en Bretagne est de 5,92 lits pour 100 000 habitants de 15 ans et plus. Ce taux d'équipement est comparativement faible par rapport à la France métropolitaine, qui se situe à 9,36³².

Ce constat renforce les exigences pour une gestion très rigoureuse des lits et a mobilisé l'ensemble des acteurs sur une organisation en filière territoriale afin d'harmoniser les admissions en réanimation et de fluidifier les parcours : le cahier des charges régional révisé en 2013 des USC adultes autonomes en a fixé le cadre.

Cependant, le renforcement du fonctionnement en filière, l'organisation de certaines réanimation/USC adossée vers une USC en mode intégré, l'installation de 16 lits d'USC adossés aux réanimations du CHU de Rennes et une gestion rigoureuse des lits ne suffisent pas à contenir le taux d'occupation (TO) des

³² Sources : SAE 2014 (capacités au 31/12/2014) et INSEE (population au 1er janvier 2015).

réanimations autour des 80 % recommandé par la SFAR³³. En 2012, 7 sites ont un TO supérieur à 85 %, et 8 sites en 2014. Par ailleurs le maintien de certaines USC adultes autonomes à activité médicale exclusive³⁴ nécessitera une cohésion médicale forte entre les urgentistes de ces établissements et les anesthésistes-réanimateurs du territoire de santé.

L'IMAGERIE MEDICALE

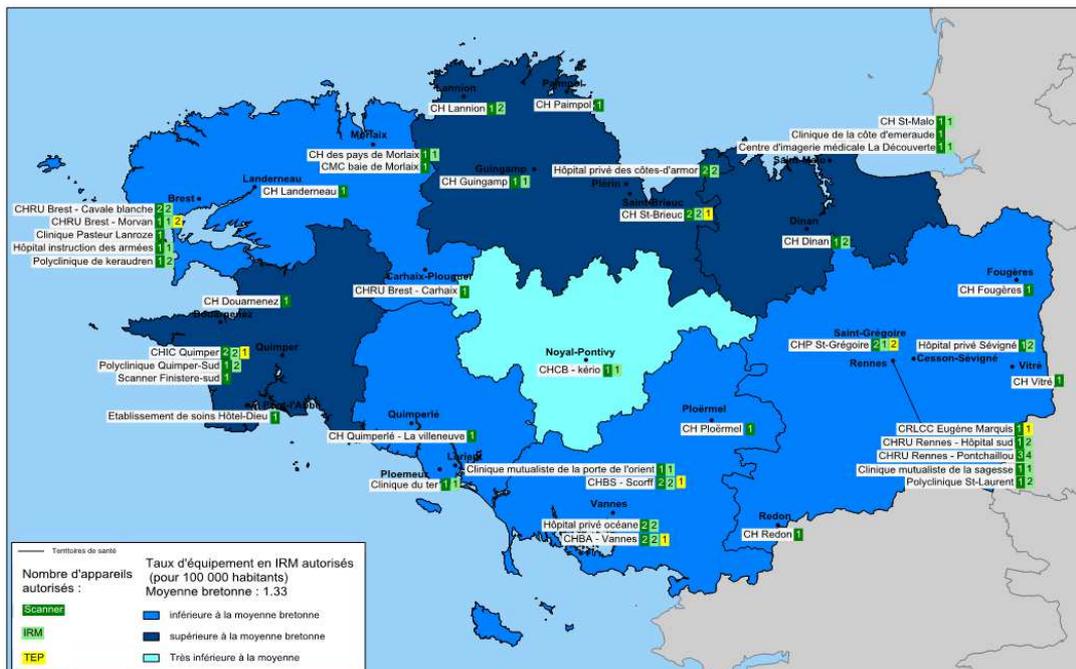
L'offre en imagerie médicale est très structurante pour l'organisation des soins. Elle conditionne une part importante de la qualité de la prise en charge. Un plateau d'imagerie complet associant scanner, IRM voire TEP est aujourd'hui indispensable pour un établissement de référence.

Imagerie par scanner

Au 31 décembre 2015, 50 scanners sont installés pour 51 autorisés, répartis sur 42 sites. Les autorisations concernent pour 60 % des structures publiques, un peu plus d'un quart des établissements privés et 6 % des ESPIC.

En 2013, le taux de recours régional aux examens de scanner s'élève à 977 examens pour 10.000 habitants (source PMSI), consommation plus élevée en Bretagne qu'au niveau national (744 pour 10 000 hab.).

Carte 14 : Répartition des appareils d'imagerie autorisés par site



Source : ARHGOS 1er février 2016
 Réalisation ARS Bretagne, Juin 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Au moins 8 % des passages aux urgences donnent lieu à un examen de scanner au cours des deux premiers jours d'hospitalisation, ce taux étant très variable³⁵ d'un établissement à l'autre. L'examen par scanner étant une technique irradiante, les constats précédents invitent à poursuivre les efforts de réduction de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants (analyser de la pertinence des examens, privilégier davantage les examens non irradiants substitutifs, optimiser les doses délivrées...).

³³ Société française d'anesthésie et de réanimation.

³⁴ C'est-à-dire au sein d'établissements n'ayant ni chirurgie ni obstétrique, et par conséquent, ne disposant pas d'anesthésistes-réanimateurs dans leur effectif médical.

³⁵ Sous réserve de quelques difficultés liées à l'exhaustivité du recueil des actes via le PMSI.

Imagerie par résonance magnétique

La Bretagne accusait en 2012 un retard en équipement IRM, ce qui n'est d'ailleurs pas étranger à la problématique du taux de recours à l'imagerie scanner. Le PRS 2012-2016 a affiché l'objectif d'augmenter sensiblement le parc d'appareils d'IRM.

En 2015, le nombre d'IRM installées était de 32 pour 40 autorisées. Au 1er janvier 2015, le taux d'équipement de la région s'élevait à 0,97 IRM pour 100 000 habitants, en augmentation par rapport à l'année 2013 (0,8). Cependant, en 2015, la Bretagne se situait au 11^{ème} rang, en deçà de la moyenne nationale (1,12).

L'équipement dans la région a néanmoins encore progressé puisqu'au 1^{er} janvier 2016, ce sont 38 appareils d'IRM qui sont installés pour 43 autorisés, répartis sur 28 sites. Il existe un appareil d'IRM mobile desservant deux sites.

Une nouvelle gamme d'appareils, les IRM ostéo-articulaires, a permis de diversifier le parc d'IRM dans le but de diminuer les délais de rendez-vous. Ces IRM spécialisées sont réservées aux examens des pathologies ostéo-articulaires ne nécessitant pas d'injection de produit de contraste.

Le taux de recours régional aux examens d'IRM s'élève à 422 pour 10 000 habitants en 2013³⁶. Les taux de recours constatés par pays sont hétérogènes : ils sont supérieurs sur le pays de Vannes, ou encore les pays de Dinan et de St Malo, tandis qu'ils sont comparativement très faibles pour les pays de Redon ou de Fougères.

Imagerie par TEP

L'imagerie par tomographie par émission de positons (TEP) est encore peu développée, mais ses indications évoluent rapidement, ce qui confère à cette technique en pleine évolution une importance particulière pour accéder à de nouvelles performances diagnostiques, principalement en cancérologie, mais aussi en cardiologie et en neurologie.

Au 1er janvier 2016, 7 TEP scans sont installés sur les 9 autorisés en Bretagne. Une révision du SROS a permis de délivrer une 9^{ème} autorisation sur le site du CH Bretagne Sud. Trois de ces équipements sont gérés en coopération public/privé, 3 sont détenus par des structures publiques ou ESPIC et 3 par des structures privées.

En 2013, le taux de recours régional aux examens de TEP s'élève à 36,7 pour 10 000 habitants. Il progresse régulièrement³⁷. Le taux de recours est plus important au nord-ouest de la région, bien que quatre des six TEP implantés en Bretagne se situent à l'est de la région. Le recours aux soins n'est pas corrélé à l'offre mais corrèle bien les besoins liés au cancer dans la partie orientale de la Bretagne. Le pays de Lorient présente le recours le plus faible aux examens de TEP. Ces disparités devraient s'atténuer avec la mise en œuvre des trois autorisations délivrées en 2014 et 2015 (Brest, Lorient et agglomération rennaise).

Enjeux et perspectives

Les perspectives à privilégier dans le futur PRS au titre de l'imagerie devront être les suivantes :

- **Le développement de la télé imagerie** : depuis 2012 les actes de télé-imagerie ont doublé, en progressant de 25 708 à 49 096 actes en 2015. Son renforcement doit permettre de favoriser l'accès de l'imagerie sur les territoires les moins favorisés, en activité réglée, de faciliter les prises en charge dans le cadre de la permanence des soins, de permettre la télé-expertise dans les surspécialités en imagerie³⁸ ;

³⁶ Source PMSI 2013

³⁷ Source PMSI 2013

³⁸ Imagerie cardio-vasculaire, neuro-radiologie, imagerie abdominale et digestive, etc.

- **L'évaluation des pratiques professionnelles et la pertinence des prescriptions d'imagerie.**
Afin de limiter l'exposition aux rayonnements ionisants, les pratiques substitutives au scanner doivent se développer, notamment en IRM et en échographie ;
- **La réduction des inégalités territoriales d'accès :** l'inégalité d'accès aux techniques d'imagerie doit encore être réduite, tant en termes géographiques que techniques, en recourant, compte tenu de la démographie des professionnels, aux différents moyens d'y pallier et notamment à la délégation de tâches, à la télé-imagerie, à la télé-expertise. Il importe par ailleurs d'adapter les taux d'équipement en tenant compte des taux de recours des territoires géographiques et du caractère soutenable de la mise en œuvre de nouveaux équipements. Les coopérations au sein des GHT seront des leviers essentiels à cette évolution.

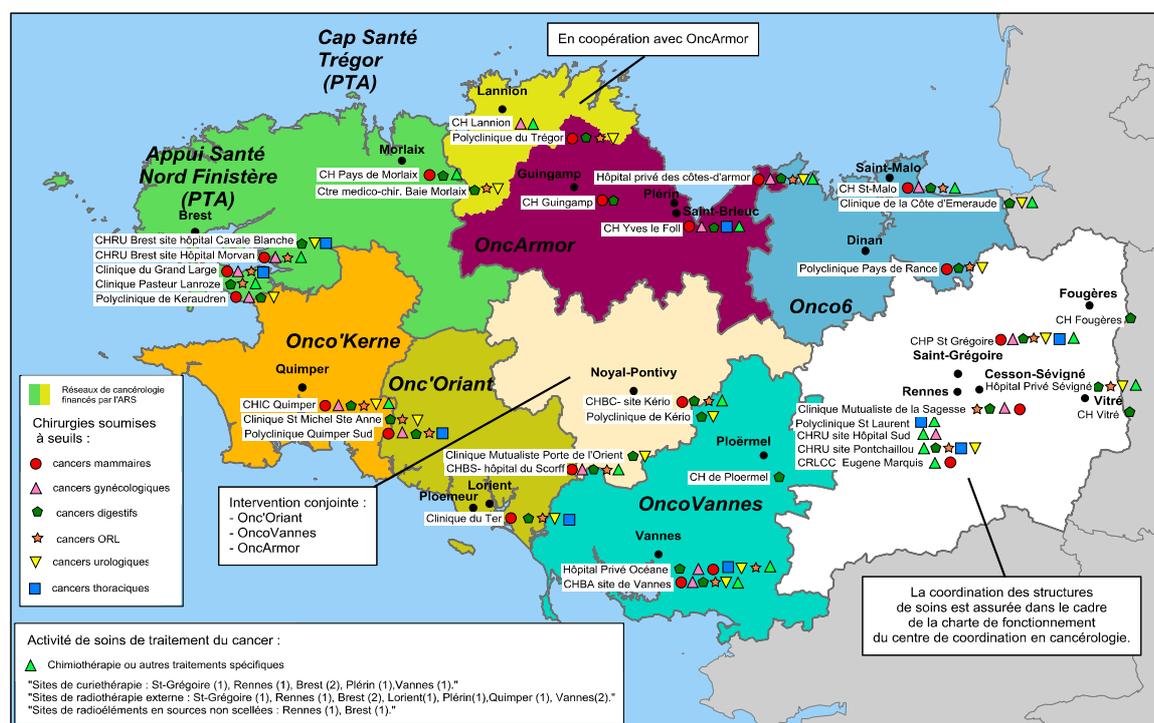
Les filières de soins spécifiques ou par pathologie

LES FILIERES GERIATRIQUES

La mise en place des filières gériatriques est en voie d'achèvement. 17 filières de soins couvrent actuellement le territoire régional. Le diagnostic relatif à ces filières est intégré au chapitre « Offre à destination de la personne âgée » (cf. supra).

LE TRAITEMENT DU CANCER

Carte 15 : Sites de chirurgie des cancers et de chimiothérapie



Source : ARHGOS 01/02/2016
Réalisation ARS Bretagne, Juin 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Première cause de mortalité en France, le cancer est aussi la première cause de mortalité prématurée évitable pour près de la moitié des décès qui lui est imputable. La Bretagne connaît une situation défavorable (surmortalité masculine toutes localisations confondues, forte progression du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les femmes, etc.) contre laquelle le PRS actuel a déterminé des

priorités volontaristes.

Partant du constat d'une offre globalement bien répartie sur le territoire breton, le PRS a poursuivi les orientations antérieures : promouvoir une approche graduée, intégrée et transversale de la lutte contre la maladie, au sens des plans cancers successifs et des critères de l'INCa.

Pour autant, dans l'intérêt des patients et de leurs proches, l'action régionale a maintenu une vigilance à l'égard des points de fragilité du maillage régional et territorial : respect des seuils d'activité, mise en place de consultations avancées et de sites associés en chimiothérapie, égalité d'accès aux soins dont certains soins de support, etc.

Gradation des soins et évolution des autorisations

Les principes d'organisation posés par le PRS 2012-2016 ont été tout particulièrement mobilisés dans le cadre du processus d'évaluation puis de renouvellement de la majeure partie des autorisations d'activités de traitement du cancer en 2013-2014 : la chirurgie carcinologique, la chimiothérapie et la radiothérapie. 33 sites sont autorisés à pratiquer une ou plusieurs activités de chirurgie oncologique à seuil, en chimiothérapie, 18 sites adultes sont autorisés et 2 sites en oncopédiatrie et pour la radiothérapie, 8 sites autorisés adultes et 1 site en oncopédiatrie (rapprochement sur un site unique de la radiothérapie brestoise).

Développement des soins de proximité, notamment de chimiothérapie

La Bretagne compte à ce jour 14 sites associés en chimiothérapie, dont la HAD 35. La politique d'amélioration de la qualité de l'offre de proximité menée par l'ARS a par ailleurs permis la réorganisation de la chimiothérapie en centre-Bretagne. Ainsi, le CHCB - site de Kério a pu passer d'établissement associé à établissement autorisé en chimiothérapie adulte dès 2015. Cette autorisation a été l'occasion de renforcer la coopération avec les oncologues du centre St-Yves de Vannes (signature d'une convention en juillet 2015). Enfin, une offre territoriale de proximité en oncogériatrie a pu être développée depuis 2012.

Pratiques : réunions de coordination pluridisciplinaire (RCP), accès aux protocoles de recherche clinique

La fiche RCP, le plan personnalisé de santé, et le plan personnalisé d'après cancer ont fait l'objet d'améliorations et d'adaptations régulières par l'INCa. Ces éléments structurants de la transmission d'une information médicale de qualité feront partie du futur dossier communicant en cancérologie, lui-même élément significatif du futur DMP. Quant au Pôle régional de cancérologie, sa position centrale dans le circuit de l'information «recherche clinique en cancérologie» lui permet d'assurer d'une part des missions de centralisation de l'information et d'autre part de rediffusion de l'information. Ainsi, en 2015, l'activité en recherche clinique suivie par le Pôle Régional de Cancérologie a été croissante et l'amélioration des mises à jour sur son site Internet permet de visualiser plus fréquemment les fluctuations de cette activité en Bretagne (actuellement 500 essais sont référencés dans l'annuaire dont 248 essais ouverts).

Enjeux pour l'avenir de la cancérologie

L'offre en cancérologie devra évoluer en tenant compte des facteurs d'évolution suivants :

- Le Plan cancer 3 dont les trois priorités sont : la diminution de l'incidence des cancers, la baisse de la mortalité et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées (avec une attention particulière aux besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, ainsi qu'à leurs proches) ;
- Le déploiement des plateformes territoriales d'appui, et la redéfinition des missions des réseaux régionaux de cancérologie ;
- Le développement des chimiothérapies orales, d'une manière générale, des traitements au domicile du patient ;

- Le développement de la médecine personnalisée : création d'outils de compréhension et d'interprétation des anomalies moléculaires qui ont entraîné la progression tumorale chez un individu ;
- La poursuite de l'amélioration de l'accès à l'innovation des médicaments anticancéreux : essais cliniques, programme AcSé (INCa) ou ProFILER³⁹, etc.

LA GENETIQUE

L'examen des caractéristiques génétiques est une discipline dont le développement est stratégique pour la médecine de l'avenir. Les orientations du PRS 2012-2016 ont notamment conduit à une redéfinition du maillage de l'offre régionale, adossé aux deux CHU bretons. Le temps médical a fait l'objet d'un renforcement, qui reste cependant limité pour répondre de manière satisfaisante aux besoins futurs. L'effectif des conseillers en génétique a pu être renforcé en 2014.

Ainsi, l'offre de soins en Bretagne est plutôt cohérente avec sa population, qui représente 5 % de la population française. En effet, 3,6 % des laboratoires autorisés le sont dans cette région. L'activité déclarée de ces laboratoires représente 2,5 % des caryotypes français et 2,6 % des examens de génétique moléculaire. 5,7 % des examens réalisés par puces (analyses pan-génomiques) et rendus au prescripteur le sont en Bretagne. Cette région offre cinq types de diagnostic qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national. En 2014, la technique de NGS⁴⁰ a été utilisée au moins une fois par deux laboratoires de Bretagne (55 laboratoires au niveau national).

Pour autant, l'effort est à poursuivre. Le renouvellement des autorisations d'activité liées aux caractéristiques génétiques fera prochainement l'objet d'un nouveau cahier des charges.

LES SOINS PALLIATIFS

La Bretagne apparaît aujourd'hui plutôt bien équipée en structures spécialisées en soins palliatifs avec un ratio de lits spécialisés de 12,09 pour 100 000 habitants – là où la cible nationale est de 10 pour 100 000. La région compte 13 unités de soins palliatifs (USP) et 237 lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Chaque territoire de santé est doté d'au moins une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et la cible régionale de 16 équipes mobiles est désormais atteinte. Les soins palliatifs constituent le premier motif de recours à l'HAD, bien au-delà du niveau de pratique constaté ailleurs en France⁴¹.

Pour autant, l'adaptation de l'offre régionale demeure nécessaire. Le bilan de l'offre réalisé par l'ARS et la CARESP⁴² en 2013 remarquait la persistance de nouvelles demandes de structures et capacités d'accueil en soins palliatifs en milieu hospitalier malgré le niveau atteint de l'offre hospitalière.

L'offre régionale a fait l'objet d'un bilan étayé⁴³ qui a été prolongé par un diagnostic régional avec les professionnels. Elle a été suivie d'un plan d'actions, concerté au sein du groupe thématique régional, pour la période 2015-2017. Adoptées en février 2015, les 26 actions qu'il comporte trouvent un large écho dans les 40 actions du récent Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018. Il souligne :

- Le besoin d'ajuster la répartition territoriale de l'offre hospitalière.
- Mais surtout la nécessité de renforcer la prise en soin des patients à domicile (ou substitut de domicile tel l'EHPAD) en développant la culture palliative, l'appui aux professionnels du premier recours et les articulations offre hospitalière / coordinations territoriales.

³⁹ AcSé : Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes ; ProFILER : essai thérapeutique dont l'objet est d'établir le profil génétique et immunologique de la tumeur, chez des patients ayant une tumeur avancée. Voir le site de l'InCa : www.e-cancer.fr

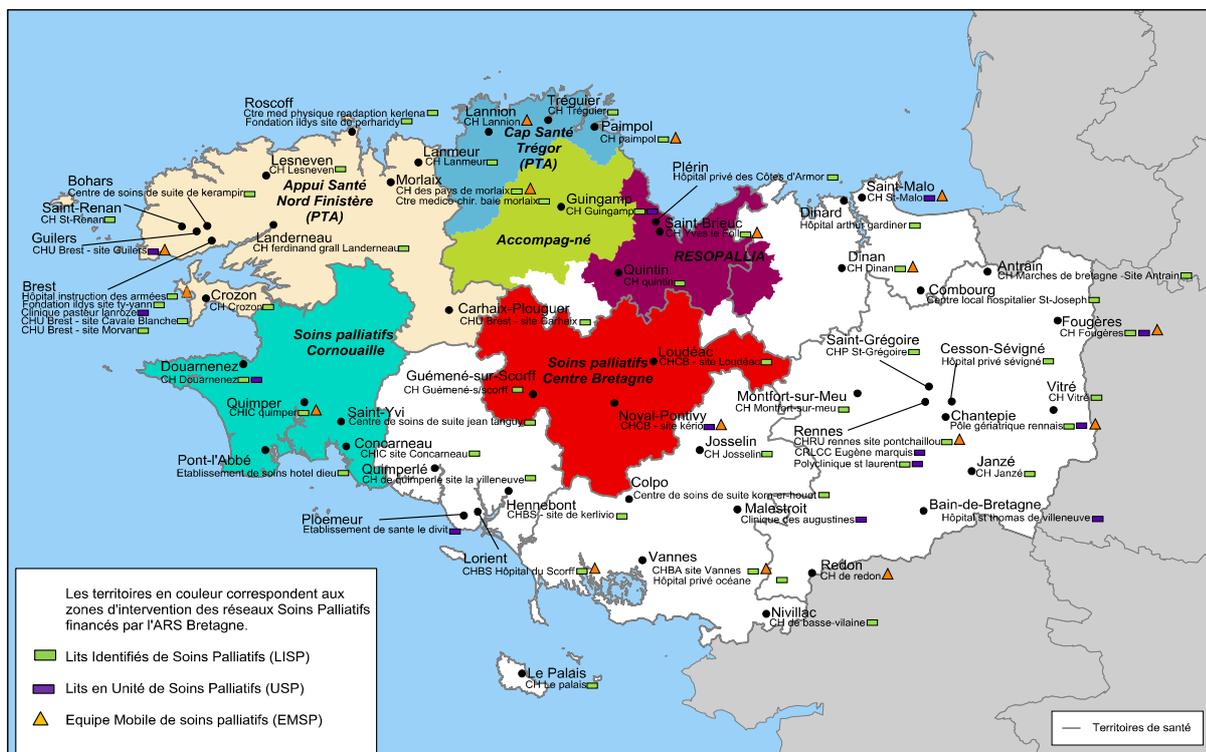
⁴⁰ NGS : nouvelle génération de séquenceurs.

⁴¹ Les soins palliatifs représentent 30,2% de l'activité des HAD bretonnes (en nombres de journées en 2014) contre 23,6% au niveau national.

⁴² Cellule d'animation régionale en soins palliatifs.

⁴³ Les sources de ce bilan : l'enquête 2012 de l'Observatoire national de la fin de vie sur les USP, les rapports d'activité des EMSP bretonnes issus du logiciel LEA, les rapports d'activité des réseaux de soins palliatifs, les bilans PMSI des HAD et une enquête complémentaire spécifique.

Carte 16 : La prise en charge des soins palliatifs



Source : ARHGOS 01/02/2016
 Réalisation ARS Bretagne, Juin 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 33 65 km

Ces constats marquent quelques enjeux de l'offre hospitalière en soins palliatifs pour l'avenir :

- Compléter le maillage territorial acquis au fil des années du PRS par la redéfinition des zones d'intervention de chacun des acteurs (réseaux, PTA et EMSP) pour couvrir l'ensemble de la Bretagne sans zone blanche, en évitant les doublons, dans un délai raisonnable ;
- Améliorer le système d'information en santé pour faciliter le partage de l'information entre intervenants aux prises en charge palliatives ;
- Garantir la pérennité et la qualité d'une expertise intra et extrahospitalière, en veillant notamment à ce que les EMSP répondent aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux de leur territoire, et en améliorant l'accès aux soins palliatifs en EHPAD.

Enfin, la formation en soins palliatifs des professionnels du premier recours, mais également des équipes spécialisées, doit être poursuivie et amplifiée.

LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

La Bretagne présente un taux de décès par accident vasculaire cérébral (AVC) dépassant de plus de 10 % le taux national, et le taux de patients hospitalisés pour AVC en 2012 reste élevé (190 pour 100 000 habitants, contre 165,4 en France).

Le plan national AVC 2010-2014 a permis un maillage régional dense par 8 unités neurovasculaires (une UNV par territoire de santé) pour prise en charge des AVC à la phase aiguë. Ce maillage est renforcé par le réseau CREBEN⁴⁴ qui rend accessible à distance l'avis du neuroradiologue interventionnel des UNV de

⁴⁴ Centre régional breton d'expertise neuroradiologique

recours, et par la téléconsultation AVC entre UNV et service d'urgence éloigné de plus d'une heure, permettant le traitement par thrombolyse dans les délais.

La révolution thérapeutique apportée en 2015 par l'essor de la thrombectomie en cas d'AVC ischémique renforce les missions des deux UNV de recours en CHU disposant des autorisations en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle (définies par le SIOS⁴⁵). Trois priorités persistent pour rendre ce traitement accessible au plus grand nombre et diminuer les séquelles et la mortalité des AVC :

- améliorer les délais des transferts secondaires vers l'UNV de recours,
- renforcer les équipes de NRI⁴⁶ par création de postes de praticiens hospitaliers sur Rennes et Brest,
- augmenter la capacité de l'UNV de recours de Rennes, déjà insuffisante pour répondre à son activité de proximité pour les patients du territoire de santé (seuls 25 % des AVC du TS 5 transitent par l'UNV en 2014).

Les filières territoriales ont intégré la phase de réadaptation et réinsertion assurée par les unités SSR. Deux équipes mobiles de réadaptation réinsertion complètent cette offre, en liaison parfois avec l'HAD. Le financement initié en 2015 de consultations territoriales pluridisciplinaires post AVC permettra d'améliorer le suivi des patients et leur réorientation dans le parcours de soins en fonction des besoins.

LA CARDIOLOGIE

Les maladies cardiovasculaires recouvrent différentes affections nécessitant une organisation de l'offre de soins adaptée aux enjeux de santé publique : trois filières par pathologie mettent en jeu les trois modalités d'autorisation en cardiologie interventionnelle identifiées dans le précédent PRS.

Les cardiopathies ischémiques (CPI)

En France, les CPI représentent la 2^{ème} cause de décès. Il existe des disparités régionales et la Bretagne présente un taux de décès par CPI dépassant de plus de 10 % le taux national. A contrario, le taux standardisé de patients hospitalisés avec un diagnostic de CPI en 2012 est le plus faible en Bretagne (287,4 pour 363 en France)⁴⁷.

L'enjeu de re-vascularisation en urgence dans l'infarctus aigu du myocarde mobilise les médecins traitants, les 4 SAMU et les 9 centres de cardiologie interventionnelle de type 3⁴⁸ pour optimiser les prises en charge dans les délais recommandés, sans transiter par les services d'urgence. L'observatoire régional breton sur l'infarctus du myocarde (ORBI), alimenté à partir des 9 sites de cardiologie interventionnelle, permet de suivre le processus :

- il persiste une marge de progrès en matière de communication en faveur de l'appel direct au centre 15 (destinataire du premier appel dans 55 % des cas sur les 3 dernières années et la moitié des patients attendent 45 minutes avant d'appeler) et en faveur des femmes qui présentent des délais de prise en charge supérieurs par méconnaissance du risque et des symptômes.
- tous les patients ne suivent pas le parcours optimal et 19 % transitent par un centre hospitalier sans cardiologie interventionnelle : des améliorations de la filière sont nécessaires afin de raccourcir les délais de transfert secondaires et de renforcer les échanges entre urgentistes et angioplasticiens sur la stratégie de re-perfusion et la place de la fibrinolyse.

En terme d'autorisation, l'activité interventionnelle de type 3 est assurée par 9 sites répartis sur 7 territoires de santé dont deux centres formateurs sur les CHU, qu'il convient de conserver pour maintenir la démographie médicale en Bretagne et l'innovation technologique. L'activité a augmenté en volumes d'actes de 9 % entre 2010 et 2011 puis plus modérément de + 4,9 % entre 2011 et 2014. L'offre ainsi répartie doit

⁴⁵ Schéma inter-régional d'organisation des soins

⁴⁶ NRI : neuroradiologie interventionnelle

⁴⁷ Source : DRESS, état de santé de la population en France, rapport 2015

⁴⁸ Les actes de type 3 portent sur les autres cardiopathies de l'adulte, et notamment l'angioplastie coronaire.

être maintenue.

Au décours de cette phase aiguë, les unités de cardiologie conventionnelle relevant d'une autorisation de médecine assurent l'aval post-interventionnel en proximité et le suivi avec les médecins et cardiologues traitants. Les sites de SSR cardiovasculaire prennent le relais dans l'objectif de la réadaptation à l'effort et la prévention secondaire et leur accès doit être développé, notamment en ambulatoire. Le parcours du patient atteint de CPI doit être facilité par la formalisation de filière hospitalière à l'échelle territoriale associant tous les acteurs.

L'insuffisance cardiaque

Les indications à implantation de dispositifs cardiaques implantés (DCI) et l'activité de re-synchronisation se développent notamment dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, maladie grave et fréquente chez le sujet âgé, qui augmente avec le vieillissement de la population, plus marqué en Bretagne qu'au niveau national. Cette pathologie chronique est émaillée de poussées évolutives conduisant à des hospitalisations itératives. Le taux standardisé d'hospitalisation en 2012 est plus élevé en Bretagne que le taux national (263 pour 100 000 habitants contre 238 au niveau national)⁴⁹.

Il convient de prévenir les poussées évolutives et d'écourter et limiter les hospitalisations, notamment par le recours en temps utile et approprié aux DCI et techniques de re synchronisation (défibrillateurs et stimulateurs multi-sites) relevant des 7 sites autorisés en cardiologie interventionnelle de type 1⁵⁰.

Le télé-suivi des DCI implantés apporte une plus value qualitative, notamment grâce à la télésurveillance qui diminue le délai diagnostique d'événements imprévus médicaux ou techniques détectés par le suivi des alertes et la télé-expertise à distance du matériel implanté en cas d'évènement clinique. La délégation de tâches de ce télé-suivi vers les IDE des blocs interventionnels permet aux cardiologues « rythmologues » d'optimiser leur temps médical. De façon temporaire, dans l'attente d'une reconnaissance de l'acte de télé-suivi, l'ARS contribue depuis 2015 au financement forfaitaire de cette activité pour assurer son maintien et permettre le développement de l'activité de re-synchronisation au bénéfice des patients insuffisants cardiaques. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient et de la réadaptation à l'effort constitue les autres objectifs prioritaires du parcours du patient insuffisant cardiaque, qu'il convient de formaliser au niveau territorial.

Les cardiopathies congénitales

Le dépistage et le traitement des cardiopathies congénitales reposent sur une filière régionale et inter-régionale qu'il convient de consolider afin d'assurer à chaque patient l'accès à des soins de qualité. Le CHU de Rennes est seul autorisé en cardiologie interventionnelle de type 2⁵¹ mais non adossé à une activité de chirurgie cardiaque infantile. Cette restriction limite les actes interventionnels réalisés au CHU à certaines indications, de fait il persiste un taux de fuite élevé de ces enfants vers Paris et Nantes.

Les performances thérapeutiques ont amélioré la survie de ces jeunes patients qui parviennent nombreux à l'âge adulte et relèvent d'un suivi périodique que les cardiopédiatres ne pourront plus assurer seuls.

LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

En 2014, en Bretagne, avec 448 nouveaux patients, le taux d'incidence des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) et débutant un traitement de suppléance est de 137,5 par million d'habitants⁵² (pmh) contre 163 au niveau national. Il existe une disparité territoriale avec 100 pmh pour le TS3 (déjà repérée en 2012 avec 95,5) et 193,5 pour le TS6. 95% sont dialysés et 5% greffés⁵³.

⁴⁹ Source : DRESS, état de santé de la population en France, rapport 2015.

⁵⁰ Les actes de type 1 dits de «rythmologie» ou actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme.

⁵¹ Les actes de type 2 portent sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales.

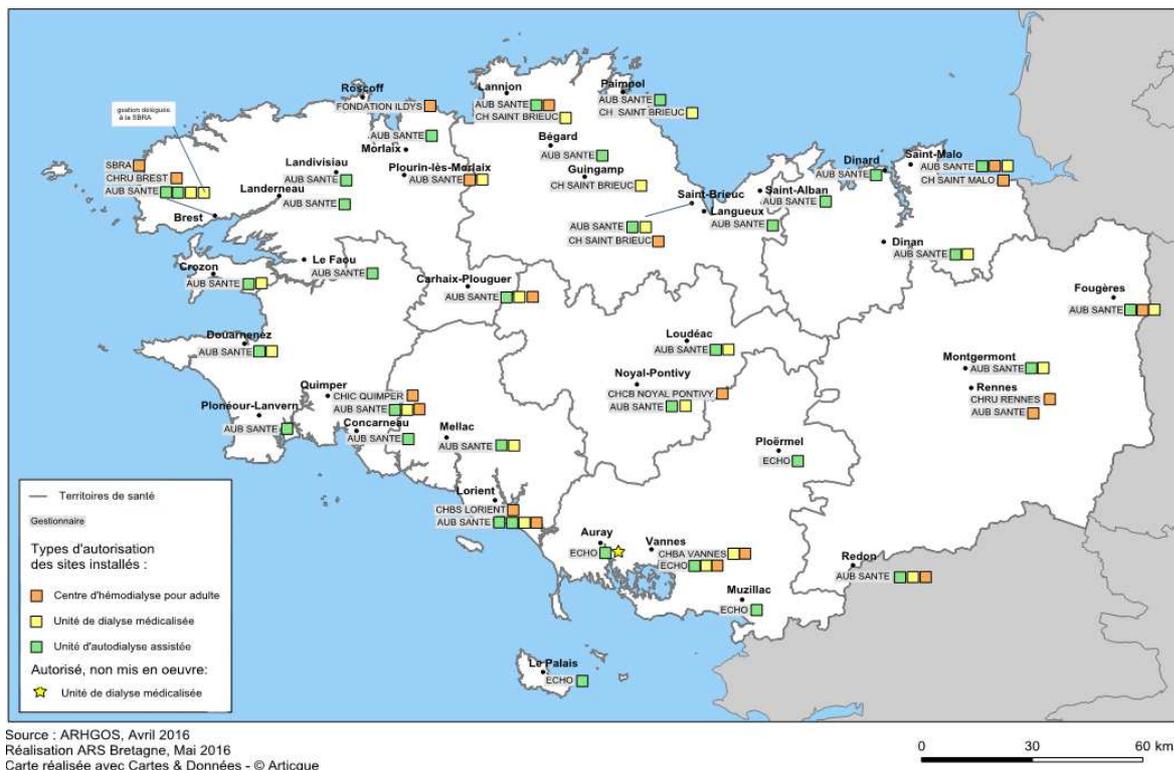
⁵² Taux standardisé sur le sexe et l'âge. 2/3 d'hommes, 71,6 ans d'âge médian.

⁵³ Source REIN 2014.

Qu'elle soit primitive ou qu'elle vienne compliquer une pathologie préexistante (diabète, HTA...), l'insuffisance rénale chronique (IRC) fait l'objet d'une attention spécifique dans le cadre du PRS et des priorités nationales. Cette attention est fondée sur deux principes :

- La prise en charge précoce, qui s'appuie sur des démarches de prévention pour ralentir l'évolution de l'IRC vers le stade terminal, et le développement de l'éducation thérapeutique ;
- Le développement des alternatives à la dialyse en centre.

Carte 17: Répartition des centres d'hémodialyse, unités de dialyse médicalisée et unité d'auto dialyse assistée



L'offre de soins en dialyse est bien répartie sur les territoires bretons et le PRS 2012-2016 en a confirmé le maintien. Les centres de dialyse, les unités de dialyse médicalisée (UDM), les unités d'autodialyse (UAD) réalisent un maillage territorial satisfaisant, si bien que le temps médian de trajet simple pour un malade dialysé est de 20 minutes (6 % ont plus de 45 minutes de trajet). Plusieurs sites ont perfectionné la qualité de l'offre de proximité en développant la télé-dialyse. Cette offre a assuré une réponse adaptée à la progression de 2,5 % par an de la population des dialysés.

Le PRS avait cependant prévu de développer la dialyse hors centre, dans un but de proximité et d'efficacité. Malgré l'ouverture des UDM, l'orientation vers la dialyse hors centre a progressé faiblement (+2,3 %), car les UAD sont moins utilisées.

L'activité dans les centres de dialyse est donc toujours soutenue, contrairement aux objectifs définis par les orientations nationales et régionales. A domicile, la dialyse péritonéale ne se développe pas contrairement à l'hémodialyse quotidienne à domicile, qui se situe cependant à un niveau très marginal.

En revanche, le pourcentage des malades en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) transplantés est supérieur à celui du niveau national (51,5 % contre 44,2 %). Les transplantations qui ont lieu dans les CHU s'appuient sur un réseau dynamique d'établissements préleveurs constitués principalement des pôles de référence territoriaux. Le développement de la transplantation rénale a été accompagné par le

financement des machines à perfusion dont la mise en œuvre a démarré en 2014, suite à la formation des équipes de greffe et des équipes des centres préleveurs.

Les enjeux et perspectives pour l'évolution de l'offre nécessaire à la prise en charge de l'IRC sont :

- Améliorer la prévention, qui reste fondamentale pour retarder la mise en dialyse ;
- Faire progresser la part des greffés ; au-delà des progrès déjà réalisés par les professionnels et établissements de la région grâce aux prélèvements sur donneurs en situation de mort encéphalique, il est possible de favoriser les démarches de donneurs vivants (campagne de communication de l'Agence de Biomédecine ABM). L'élargissement des critères permettra aussi de réaliser plus de transplantations ;
- Améliorer la qualité de vie des dialysés, en favorisant notamment les possibilités d'hémodialyse longue nocturne, le recours à l'hémodiafiltration en UAD ou encore le développement de la dialyse péritonéale, comme cela vient d'être rappelé dans le rapport de la société francophone de néphrologie dialyse et transplantation⁵⁴ ;
- Poursuivre et intensifier les efforts de développement des alternatives hors centre.

LES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) représente une part très significative des pathologies responsables de l'insuffisance respiratoire chronique. D'évolution insidieuse en début de maladie, sa prise en charge représente un enjeu majeur en termes de santé publique, particulièrement en Bretagne où la prévalence est supérieure à celle observée en France. Ainsi, en 2012, 4 775 patients étaient recensés au stade sévère sur la région, quand aucun chiffre n'était exploitable pour connaître le nombre de patients concernés à des stades moins invalidants. Dans la perspective d'améliorer la réponse aux besoins spécifiques de ces patients, l'état des lieux et des pratiques réalisés en région pointe deux impératifs :

- La nécessité d'un repérage précoce des patients, permettant la prise en charge en amont des décompensations ;
- La nécessité d'une structuration des parcours, en valorisant la complémentarité des acteurs concernés par un accompagnement de longue durée.

Une expérimentation a débuté en novembre 2015, articulant l'expertise d'un réseau dédié à la BPCO dans le Finistère avec la création d'une unité ambulatoire spécialisée en SSR respiratoires au CHU de Brest. Quatre étapes-clés structurent ces travaux sur deux ans : la réalisation d'un diagnostic des besoins et de l'offre sur le territoire de santé, l'organisation d'une concertation de l'ensemble des professionnels pour préconiser la possible structuration du parcours de soins, la proposition d'un projet territorial qui décrit et organise ce parcours, et enfin la définition d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs de suivi.

Les résultats de cette expérimentation ont vocation à être répliqués sur les autres territoires, en lien avec les plateformes territoriales d'appui, pour offrir à chaque patient les conditions d'une meilleure observance des traitements, de pérennisation des acquis, et retarder autant que de possible l'apparition d'une invalidité.

LES MALADIES NEURO-DEGENERATIVES

Le plan maladies neuro-dégénératives⁵⁵ 2014-2019 vise à répondre aux défis que sont la prévalence de quatre maladies invalidantes et incurables, et leur impact sur la qualité de vie des personnes malades et de leurs aidants.

⁵⁴ Rapport sur la dialyse chronique en France en 2016 - la société francophone de néphrologie dialyse et transplantation (SFNDT).

⁵⁵ Plan maladies neuro-dégénératives (PMND) : plan national 2014-2019.

Ces quatre pathologies visées par le plan sont la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques (SEP) et la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou maladie de Charcot. Près de 50 000 personnes sont touchées en Bretagne⁵⁶ : 32 000 pour la maladie d'Alzheimer dont environ 1500 avant 65 ans ; 10 000 pour la maladie de Parkinson dont environ 900 avant 45 ans ; 5000 pour la SEP ; et 300 pour la SLA.

La déclinaison du plan à l'échelle de chaque région conditionne son impact sur la qualité de vie des personnes et la construction de leur parcours de soins.

Les priorités régionales se déclinent en 3 volets :

- Soutien et accompagnement des aidants : renforcement de la participation des patients à la gouvernance régionale du plan ; aménagement et mise à plat des dispositifs de répit ; stratégie de formation du couple aidant/aidé.
- Amélioration de la lisibilité et de la fluidité des parcours de soins et de vie : identification des centres experts ; évaluation qualitative des dispositifs existants, renforcement de l'accompagnement à domicile, rénovation des cahiers des charges.
- Communication et construction d'une réponse unifiée à l'échelle des territoires : renforcement des liens avec les associations, assises régionales, développement d'une culture de l'intégration à travers le déploiement des MAIA et PTA.

LE TRAITEMENT DU DIABETE ET DE L'OBESITE

La prévalence de l'obésité est plus faible en Bretagne qu'au niveau national (12,20 % pour 14,65 % selon l'instruction DGOS du 29 juillet 2011).

Le programme national nutrition et santé et le plan obésité ont été déclinés en région : un centre spécialisé a été identifié, l'animation de la filière a été confiée à deux professionnels, tous les établissements chirurgicaux (sauf le CHU de Brest) et tous les SSR digestifs-métaboliques-endocriniens ont adhéré au réseau régional par le biais d'une convention signée avec le centre spécialisé, et des RCP sont organisées.

Le taux de recours est également plus faible en Bretagne mais l'évolution sur quatre ans est superposable au niveau national : on observe une augmentation considérable du recours au traitement chirurgical de l'obésité (+ 95 % en volume de séjours entre 2011 et 2014), réalisé sur quinze établissements. On note par ailleurs que la Bretagne se différencie par la prépondérance du choix du *bypass* à la différence de la plupart des autres régions françaises pour lesquelles la technique du *sleeve* est plus répandue.

⁵⁶ Estimation sur la base des données SNIIRAM et ORPHANET.

4. Offre à destination des jeunes

De nombreuses études et rapports⁵⁷ pointent l'intérêt à travailler sur la santé des enfants et des jeunes. Ainsi, en 2014, le Haut conseil de la santé publique⁵⁸, précise que « la période de l'enfance et de la jeunesse est un moment clé, essentiel pour agir sur les déterminants de santé, car ce sont des périodes fondamentales durant lesquelles le rapport à la santé se construit, les conditions et les comportements favorables à la santé se mettent en place. La plasticité et l'engagement dans l'apprentissage sont tels que l'impact potentiel d'actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé agissant sur les conditions de vie, les situations sociales et économiques et les normes sociales pourrait être à son maximum ».

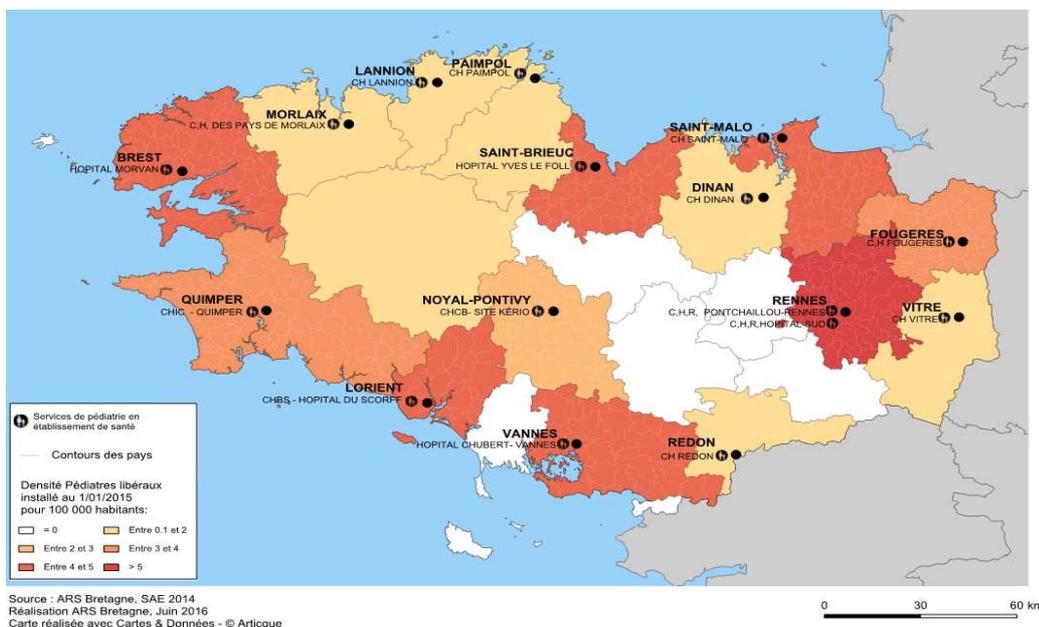
Les besoins de santé des enfants et des jeunes étant spécifiques selon les âges, les réponses à construire doivent être adaptées aux différentes étapes du développement. Ainsi, les acteurs et dispositifs intervenant en faveur de la santé des enfants et des jeunes sont nombreux selon qu'il s'agisse d'une structuration autour de pathologies, de prévention, de repérage, de dépistage ou de prise en charge précoce.

Caractéristiques de l'offre régionale

DE LA NAISSANCE JUSQU'AU SIXIEME ANNIVERSAIRE

Vingt consultations de prévention par enfant sont prévues par les textes. Elles sont réalisées chez le médecin généraliste, le pédiatre ou la PMI jusqu'à trois ans. En Bretagne, en 2015, 104 pédiatres sont inscrits aux tableaux des ordres départementaux des médecins avec un mode d'exercice libéral ou mixte⁵⁹. Sur la période 2007-2015, les effectifs ont diminué de 5,5 %. On note par ailleurs des disparités entre départements : les Côtes d'Armor et le Morbihan ont une plus faible densité de pédiatres par rapport aux autres départements avec une proportion plus importante de professionnels âgés de plus de 60 ans, une diminution des pédiatres en exercice libéral et des disparités territoriales importantes : les pédiatres sont essentiellement installés en milieu urbain.

Carte 18 : Densité des pédiatres libéraux et des services hospitaliers de pédiatrie



⁵⁷ Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents, 2015-2020, comité régional de l'Europe, 64ème session, Copenhague, 15-18 septembre 2014.

⁵⁸ Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé, Haut Conseil de la Santé Publique, février 2014.

⁵⁹ Conseil national de l'ordre des médecins, La démographie médicale en région Bretagne, situation en 2015.

Les consultations de PMI couvrent plus largement le territoire.

Les trois acteurs majeurs de la santé de la petite enfance (PMI, pédiatres libéraux et médecins généralistes) ont chacun des modes d'organisation et d'intervention différents, et qui sont souvent interrogés par les parents. L'enjeu est donc de travailler avec ces acteurs pour rendre lisible et accessible le suivi médical des enfants de 0 à 6 ans.

A LA SIXIEME ANNEE DE L'ENFANT

Les services de promotion de la santé en faveur des élèves assurent une visite de prévention comprenant un examen somatique, sensoriel, psychomoteur ainsi qu'un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage. En Bretagne, au sein de l'Education nationale, les bilans médicaux sont complétés par des bilans infirmiers en grande section de maternelle.

D'autres réponses plus spécialisées existent sur le territoire régional. A titre d'exemple, l'organisation du réseau arc-en ciel sur le département des Côtes d'Armor autour des troubles de l'apprentissage en milieu scolaire permet d'organiser un parcours des enfants allant du repérage, de l'évaluation de la problématique à l'organisation de réponses de santé impliquant différents professionnels. Le réseau a récemment été missionné par l'ARS pour développer des parcours coordonnés au niveau régional en appuyant les acteurs locaux.

Les troubles envahissants du développement et l'autisme font l'objet d'un plan national spécifique décliné au niveau régional. D'autres problématiques de santé (troubles du comportement, ou maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, les allergies...) ne font quant à elles pas l'objet d'orientations spécifiques pour ce qui est de l'organisation de leur prise en charge, laquelle s'effectue donc de façon variable sur chaque territoire.

DE SIX ANS A L'ADOLESCENCE

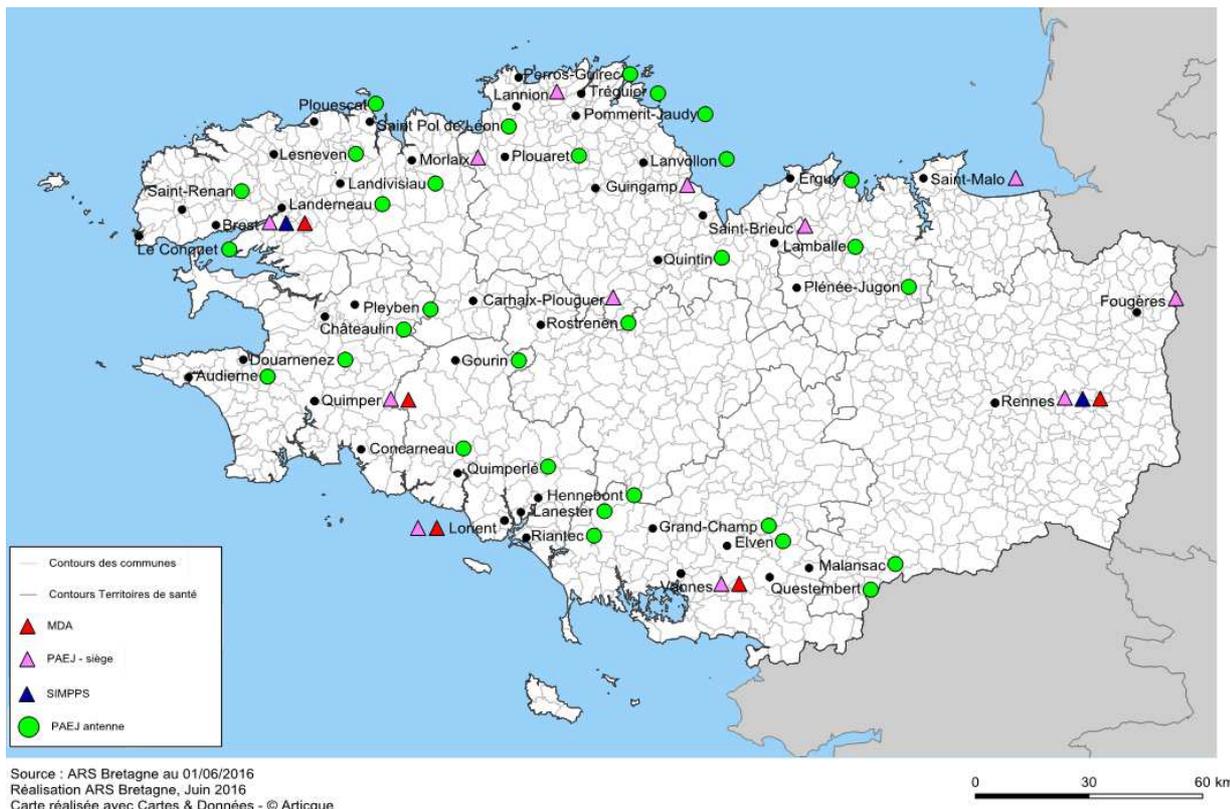
On distingue traditionnellement 4 niveaux de réponse :

<p>Niveau 1 Accueil, écoute, information</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des dispositifs avec une "entrée santé": points accueil écoute jeunes (PAEJ), infirmières scolaires • Structures d'information-conseil pour les jeunes: bureaux d'information jeunesse, points information jeunesse, MJC... • Structures d'accompagnement socio-professionnel: missions locales, foyers de jeunes travailleurs • Structures dédiées aux parents
<p>Niveau 2 Orientation et prise en charge de "courte durée"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CMP, médecine de ville, psychologues libéraux ... • Maisons des adolescents... • Dispositifs thématiques: planning familial, centre de planification, consultations jeunes consommateurs, CSAPA...
<p>Niveau 3 Prise en charge "spécialisée"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pédiatrie et psychiatrie • Etablissements médico-sociaux: CSAPA, ITEP, IME...
<p>Niveau 4 Gestion des "situations complexes"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de concertation variables selon les territoires • Equipes d'intervention socio-éducatives-sanitaires variables selon les territoires • Equipes pluriprofessionnelles d'appui des professionnels variables selon les territoires

Pour ce qui relève du **niveau 1**, de nombreux acteurs sont susceptibles d'accueillir les jeunes et leur entourage pour répondre à leurs questionnements et les orienter si besoin, vers des acteurs de la prise en charge. Il convient de noter que ces acteurs peuvent également repérer des problématiques de santé, voire des problématiques socio-économiques susceptibles d'avoir un impact sur la santé.

Les points accueils écoute jeunes (PAEJ) sont les principaux acteurs à même d'assurer un accueil généraliste des jeunes et des adolescents entre 12 et 30 ans. Il en existe 12 en Bretagne (voir carte). S'ils y a au moins un PAEJ par territoire de santé, certaines zones ne sont pas couvertes. Par ailleurs, la réalité de leur fonctionnement limite leur accessibilité (horaires d'ouverture, difficulté à organiser un accueil sans RDV...).

Carte 19: Offre d'accueil, écoute et orientation à destination des jeunes et des adolescents en Bretagne



Les infirmiers scolaires assurent également ce premier niveau d'écoute. Toutefois, leur nombre ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins, à plus forte raison dans les établissements du secteur privé sous contrat. Les autres acteurs hors santé sont nombreux (éducateurs, animateurs socioculturels, conseillers en mission locale...). Ils sont également susceptibles d'évoquer avec des jeunes des problématiques de santé, voire de les accompagner dans des démarches de santé. L'enjeu est de les mettre en lien avec des professionnels de santé sur leur territoire d'intervention et de les outiller sur le thème de la « santé des jeunes ».

Le niveau 2 concerne :

- Les psychologues libéraux dont l'organisation reste peu visible et qui, selon le territoire, fonctionne de façon plus ou moins coordonnée avec les autres professionnels de la santé ou acteurs œuvrant auprès des jeunes ;
- Les CMPP, qui couvrent plus largement le territoire, mais les dont délais d'attente restent un frein en termes d'accessibilité ;

- Les médecins généralistes, qui sont des acteurs pivot de la prise en charge, mais dont on constate un moindre recours chez les jeunes et les adolescents
- Les 5 maisons des adolescents (MDA). Certaines ont des difficultés à assurer un accueil dit « généraliste » des jeunes, mais peuvent proposer, sur rendez-vous, des consultations sociales, juridiques, psychologiques, médicales.... Un projet de constitution d'un groupement d'intérêt public est en cours dans le département des Côtes d'Armor et en Ille-et-Vilaine afin de mieux articuler les réponses de premier niveau avec les réponses de prise en charge sur l'ensemble du territoire départemental.

Le niveau 3 concerne plus particulièrement la psychiatrie infanto-juvénile, présentée dans le chapitre 5.

Pour ce qui relève du **niveau 4**, on note qu'il existe encore peu de réponses structurées et coordonnées pour la gestion des situations complexes. Quelques dispositifs sont mis en place localement à l'initiative des Départements pour des populations relevant de la protection de l'enfance, de la Protection judiciaire de la jeunesse pour les populations qu'ils ont en charge ou encore par les maisons départementales des personnes handicapées. L'ARS a initié une réflexion avec l'ensemble de ces partenaires afin de réguler les parcours de prises en charges de jeunes et d'adolescents en difficulté nécessitant des prises en charges multiples et coordonnées. Il est prévu dans ce cadre de mettre en place des espaces de concertation pluri-institutionnels autour de ces situations dites « complexes ».

EN MATIERE DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE

Une grande partie des actions financées par l'ARS, toutes thématiques confondues, concerne des enfants, des jeunes et des adolescents. Selon OSCAR Santé, près des deux tiers des actions de prévention et de promotion de la santé bénéficient à un public scolaire, majoritairement en lycées et dans une très petite proportion dans les écoles maternelles et primaires. Les actions de prévention en direction de jeunes en situation d'insertion restent peu nombreuses, alors même que des études mettent en lumière des difficultés de santé spécifiques à ces publics. Les outils actuellement à disposition ne permettent pas d'apprécier de façon satisfaisante la couverture territoriale des actions de prévention et de promotion de la santé en faveur des enfants, jeunes et adolescents.

A côté des actions de prévention se trouvent des dispositifs davantage structurés autour de problématiques de santé : les consultations jeunes consommateurs (cf. chapitre 4) et les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) qui couvrent plus largement le territoire départemental mais pour lesquels il conviendra de mener une réflexion pour lever les freins au recours (non connaissance des dispositifs par les jeunes et les professionnels intervenant auprès de ces jeunes, accessibilité rendue difficile par des problématiques de mobilité, freins culturels ou liés aux représentations...).

Enjeux et perspectives

En premier lieu, sans considération de pathologie ou de problématiques spécifiques, l'âge de l'enfance et de la jeunesse reste une cible privilégiée pour les politiques de promotion et d'éducation à la santé. Il s'agit de renforcer les compétences psycho-sociales des enfants et jeunes, à un âge où l'acquisition de ces compétences est déterminante pour leur avenir.

En second lieu, l'enfance est également l'âge déterminant pour effectuer un repérage efficace car précoce d'un grand nombre de problématiques de santé. Les acteurs du repérage et du dépistage sont nombreux. L'enjeu est de pouvoir les outiller et veiller à ce que leur action soit cohérente avec les autres acteurs.

Enfin, pour certains, des problématiques ou difficultés spécifiques (addictions, santé mentale, précarité, handicap) nécessitent de mobiliser des moyens spécifiques et qu'il convient de maintenir et de développer.

5. Offre à destination de la personne âgée

Caractéristiques de l'offre régionale

Il convient de mettre en perspective l'offre en matière d'établissements et services pour personnes âgées avec les projections démographiques, l'évolution de leur état de santé⁶⁰, et de leur consommation de soins.

Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes pourrait, si les tendances actuelles se maintiennent, croître de 40 % en Bretagne soit légèrement plus vite qu'en France métropolitaine (38 %) ⁶¹. Cette augmentation se traduirait par 17 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires. La part de la population âgée de plus de 75 ans serait plus importante que celle de la France métropolitaine sur la période de 2010 à 2030⁶².

L'augmentation de l'âge d'entrée en EHPAD constatée au cours des dernières années s'accompagne d'une croissance des besoins en soins médico-techniques. Par ailleurs la part des séjours médicaux en hospitalisation complète qui font suite à un passage aux urgences est nettement supérieure en Bretagne par rapport à la France quel que soit l'âge (66 % pour les personnes âgées de plus de 75 ans)⁶³.

Cette tendance et ces marqueurs qui donnent lieu à des développements dans le document «Etat de santé de la population en Bretagne » influencent les caractéristiques de l'offre en établissements et services pour personnes âgées.

Dans le domaine médico-social, les 487 EHPAD dont dispose la Bretagne constituent une offre nettement plus favorable en **établissements d'hébergement médicalisés** qu'au niveau national, avec toutefois des disparités infrarégionales comme en témoigne le tableau 1. Il est à noter une évolution défavorable de ce taux d'équipement entre 2012 et 2015 du fait d'une augmentation de la part des personnes âgées de plus de 75 ans sur cette période. Un tiers des établissements disposent par ailleurs d'une capacité d'accueil inférieure ou égale à 60 places.

Tableau 1 : Taux d'équipement en EHPAD au 1er janvier (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France
2012	128,3	119,7	129,9	105,5	120,9	97,6
2015	127,3	121,0	126,9	100,1	118,8	100,4

Source : STATISS 2012 et 2015 (FINESS et estimations localisées de population INSEE soit population de plus de 75 ans estimée au 1^{er} janvier 2014)

Ainsi, le vieillissement de la population a été accompagné par une ouverture de 1 600 places supplémentaires entre 2012 et 2016 et il est prévu d'ouvrir 800 places sur la période allant de 2016 à 2020. Dans le même temps, près de 36 millions d'euros ont été consacrés depuis 2012 à la médicalisation des EHPAD et au renouvellement de 200 conventions tripartites (180 000 € en moyenne pour les EHPAD bénéficiaires). Il est à noter que la part des personnes de plus de 75 ans vivant en institution représente 11,6 % en Bretagne contre 9,7 % au niveau national. Cette proportion peut s'expliquer par le taux d'équipement en EHPAD important, mais également par les politiques d'habilitation à l'aide sociale des établissements menées par les quatre conseils départementaux.

Le taux d'équipement en **structures d'hébergement non médicalisées** (maisons de retraite et logements-foyers) est inférieur à la moyenne nationale (13,3 pour 1 000 personnes âgées 75 ans et plus en Bretagne pour 20,5 en France⁶⁴, avec également des disparités infrarégionales.

⁶⁰ Source : état de santé de la population en Bretagne réalisée par l'Observatoire régional de Santé de Bretagne en 2016.

⁶¹ Personnes âgées dépendantes en Bretagne : une augmentation potentielle de 40 % à l'horizon 2030-11/2012-Octant Analyse N°35 INSEE Bretagne

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Publications_en_partenariat/2011/2012-11_-_octana35_-_PA_dependantes_horizon_2030__INSEE_-_ARS_.pdf

⁶² Source : idem.

⁶³ Rapport de l'ARS, « Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus », mars 2016

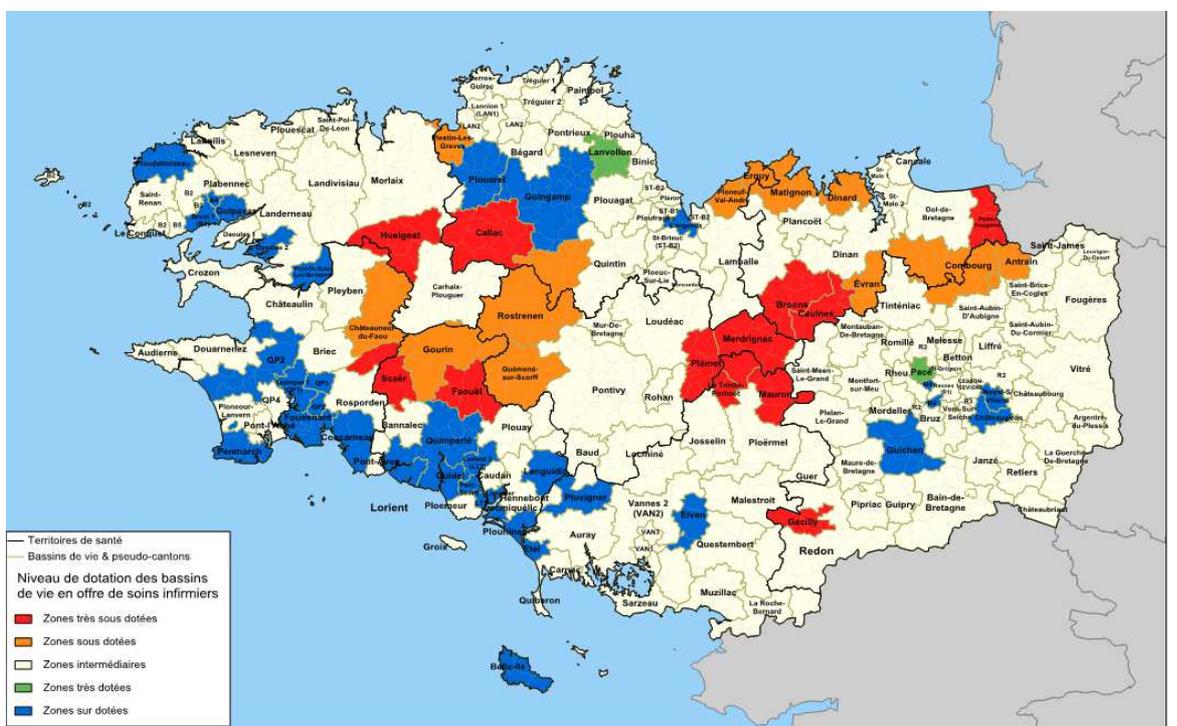
http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Rapports_ARS/2016-03_-_Rapports_ARS_Bretagne_-_Consommation_PA.pdf

⁶⁴ Source STATISS 2015

La Bretagne compte 31 **unités de soins de longue durée** (USLD) pour un total de 1 703 places. Les USLD sont des unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. La procédure de renouvellement des conventions tripartites des USLD est l'occasion pour l'ARS de réaffirmer leur spécificité : inscription dans la filière gériatrique, présence permanente d'une infirmière, présence d'une forte proportion de patients requérant des soins médico-techniques importants (SMTI), interventions de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes... Certaines USLD se spécialisent depuis peu dans la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques.

Les **services de soins infirmiers à domicile** (SSIAD) et l'accueil temporaire en établissement (accueil de jour ou hébergement temporaire) font partie de la palette des réponses médicalisées participant au maintien à domicile des personnes âgées et au soutien apporté aux aidants.

Carte 20 : Offre de soins infirmiers (libéraux, SSIAD, centre de soins infirmiers) - basée sur la densité d'infirmiers par habitant et tenant compte de la part des 75 ans et plus (méthodologie nationale)



Source : ARS Bretagne.
Réalisation ARS Bretagne, Juin 2015
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Le taux d'équipement régional⁶⁵ en SSIAD est légèrement inférieur au taux national pour un total de 6 385 places installées au 1^{er} janvier 2015 (18,9 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans contre 19,8 places) avec cependant de fortes disparités interdépartementales. Sur la période 2012-2016, les capacités de SSIAD ont peu évolué et seules 52 places supplémentaires ont été créées : 33 dans le Finistère et 19 dans le Morbihan. Les SSIAD interviennent sur une zone géographique déterminée par arrêté. Aujourd'hui, 26 communes bretonnes ne sont couvertes par aucun SSIAD.

L'offre en SSIAD est à mettre en corrélation avec l'offre en infirmiers libéraux, dans la mesure où ces professionnels participent directement à l'organisation et au fonctionnement des services. La création de places de SSIAD est tributaire du dispositif conventionnel de régulation de l'offre globale en soins infirmiers (libéraux, SSIAD et centres de soins infirmiers) et du zonage mis en place en 2012. En Bretagne, la densité en infirmiers libéraux est plutôt satisfaisante (153 professionnels /100 000 habitants au 1^{er} janvier 2015) mais variable selon les départements, avec un taux plus élevé dans le Finistère (199) contrairement à l'Île-

⁶⁵ Source : STATISS 2015, taux hors places en équipes spécialisées Alzheimer.

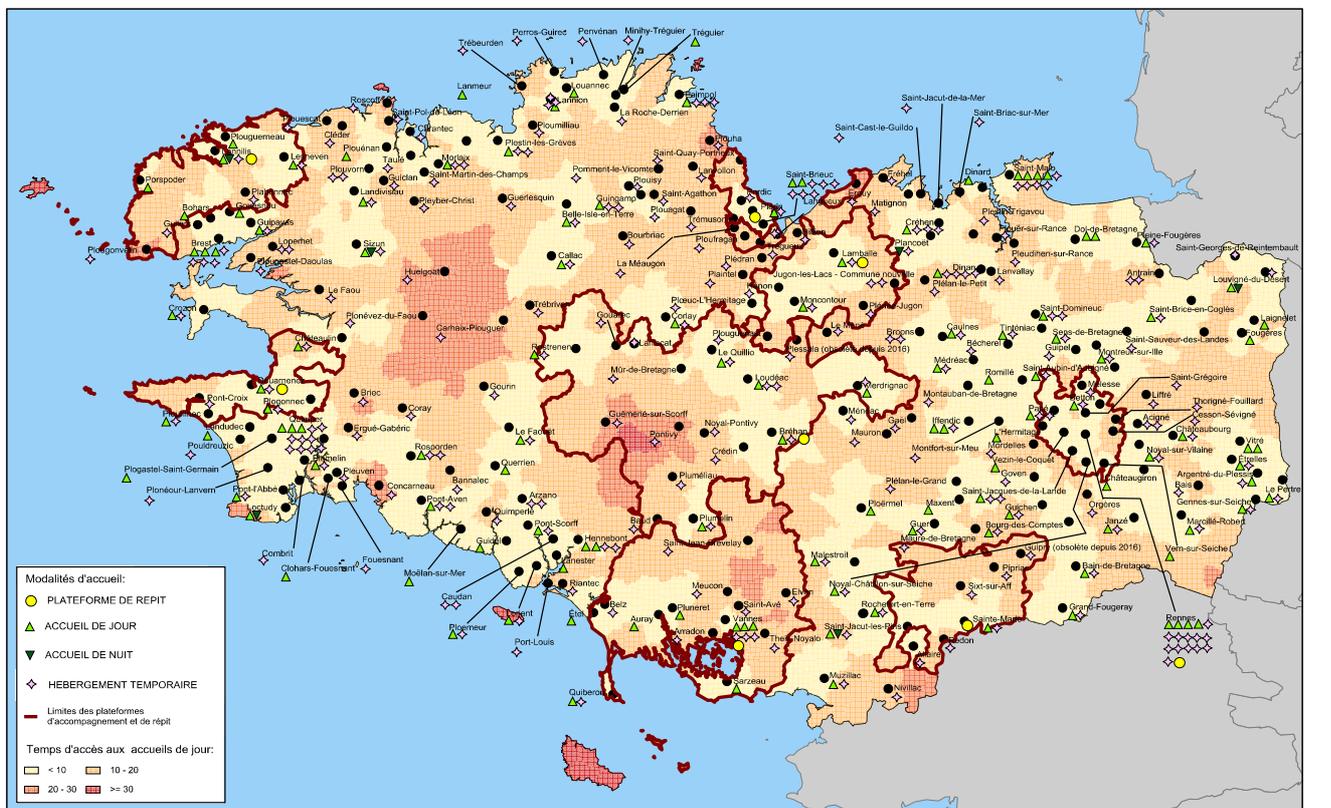
et-Vilaine (95)⁶⁶.

La Bretagne se caractérise par un taux d'équipement en **accueil de jour** égal à 2,35 places installées pour 1000 personnes de plus de 75 ans (840 places), qui est nettement inférieur au niveau national (3,57)⁶⁷. Sur la période du PRS, 311 places ont été créées : 36 dans les Côtes d'Armor, 133 dans le Finistère, 66 en Ille-et-Vilaine et 76 dans le Morbihan.

Le taux d'équipement concernant **l'hébergement temporaire** (accueil de nuit compris) se situe à hauteur de 2,98 places installées pour 1000 personnes de plus de 75 ans pour un taux national de 2,71⁶⁸ soit 940 places. 167 places ont été installées sur la durée du PRS : 47 dans les Côtes d'Armor, 20 dans le Finistère, 47 en Ille-et-Vilaine et 53 dans le Morbihan.

On constate des disparités infrarégionales en défaveur du Morbihan (1,46 places en hébergement temporaire et 1,73 places en accueil de jour en autorisé) et au sein de chaque département, ce qui renvoie au maillage territorial de l'offre et à son accessibilité géographique comme le traduit la carte ci-dessous.

Carte 21 : Localisation des accueils de jour, hébergements temporaires et plates-formes de répit



Source : ARS Bretagne, FINESS au 1er janvier 2016 et DISTANCIER ODMATRIX 2010
Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

En ce qui concerne **l'offre hospitalière**, la mise en place des filières gériatriques est en voie d'achèvement. C'est ainsi que 19 filières de soins couvrent actuellement le territoire régional. Les 19 équipes mobiles de gériatrie (EMG) et 19 hôpitaux de proximité ont vu leurs rôles respectifs précisés par une charte de fonctionnement⁶⁹ et un référentiel régional.

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 48,5 % des patients accueillis en SSR, soit 27 142

⁶⁶ Source : ARS de Bretagne, DémoPS.

⁶⁷ Source : PRIAC 2016-2020.

⁶⁸ Source : idem.

⁶⁹ Les équipes mobiles de gériatrie, Etudes de l'ARS n°12, novembre 2015.

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Etudes_ARS/12_Etudes_ARS_EMG.pdf

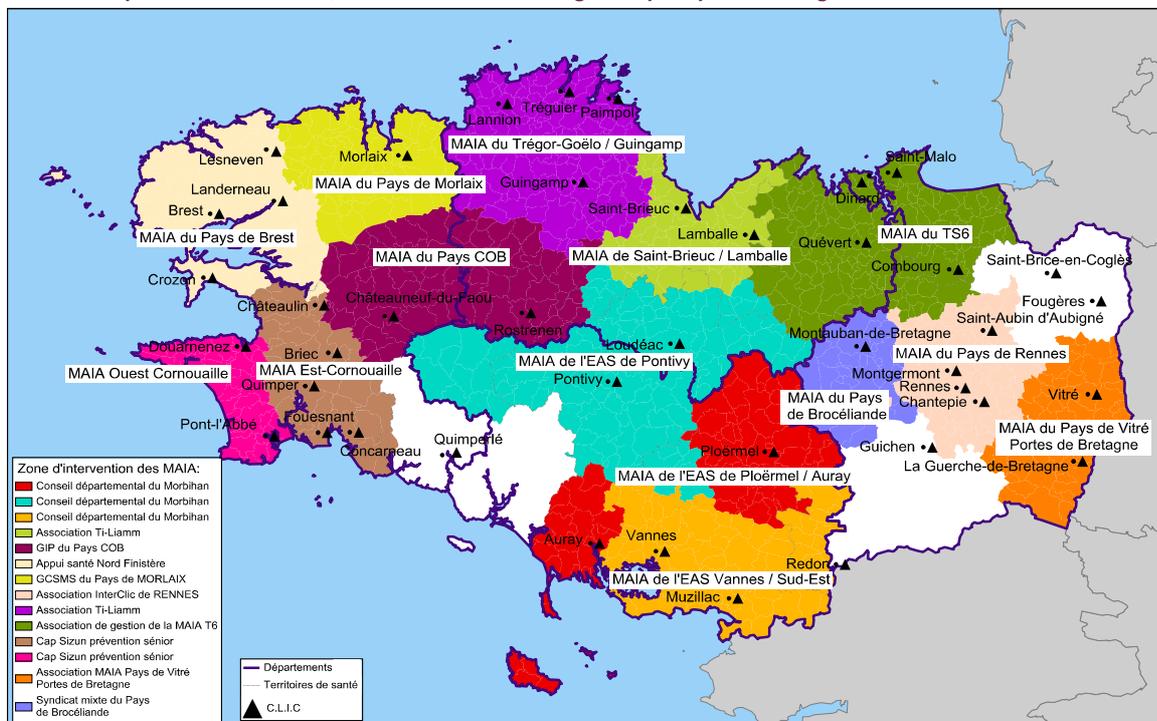
patients en 2014. L'offre de proximité est constituée des SSR polyvalents (62 sites, avec un âge médian des patients de 80 ans) et des SSR spécialisés « personnes âgées poly-pathologiques à risque de dépendance » (26 sites, avec un âge médian de 85 ans). Une dynamique régionale est aujourd'hui amorcée pour développer l'offre ambulatoire pour cette spécialité ; elle implique une rénovation profonde des projets médicaux pour répondre à un référentiel d'organisation spécifique. En effet, l'accueil en SSR « personnes âgées » en hospitalisation de jour ou partielle, obéit à des objectifs plus axés sur la prévention de la dépendance par la prévention et l'éducation thérapeutique.

En ce qui concerne **l'offre ambulatoire**, la structuration de l'offre de soins de proximité (75 MSP sont installées sur le territoire breton) et le développement de dispositifs d'appui à la coordination (plateformes territoriales d'appui au nombre de trois aujourd'hui) contribuent à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, favorisant leur maintien à domicile. Le repérage précoce des fragilités (cf. action engagée avec l'URPS pour l'information/sensibilisation des professionnels de santé) et le développement d'actions de prévention font également partie des objectifs de ces dispositifs..

Plus généralement, **une offre d'information et de prévention** est mise en œuvre auprès des personnes âgées au travers de l'action portée par différents acteurs dont les associations, la CARSAT, les collectivités locales (au travers des CLIC) et les contrats locaux de santé. L'appel à projet annuel de l'ARS pour le financement d'actions de prévention inclut la thématique « personne âgée ». Un appel à projet spécifique a par ailleurs été lancé sur ce thème en 2016.

Enfin, l'Agence avec ses partenaires, notamment les Départements, a développé depuis 2011 des **dispositifs de coordination** et d'intégration du parcours de la personne âgée sur les territoires. Ainsi, 14 MAIA (et deux en cours d'installation) sont implantées sur le territoire régional, et le déploiement du dispositif « PAERPA » se met en place depuis 2016 en Ile-et-Vilaine dans la continuité de l'expérimentation menée à St-Méen-le-Grand⁷⁰. Ces dispositifs spécifiques sont articulés avec les « plates-formes territoriales d'appui » (PTA), qui sont, sur un mode généraliste des dispositifs de soutien aux médecins traitants pour améliorer le suivi et le parcours de leurs patients (cf. chapitre sur l'offre ambulatoire).

Carte 22 : Dispositifs d'information, de coordination et d'intégration pour personnes âgées



Source : Finess, 1er Janvier 2016
 Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

⁷⁰ Expérimentation issue de l'article 70 de la loi pour la sécurité sociale de 2012.



Le plan Alzheimer

Les mesures du plan Alzheimer ont fait l'objet d'un déploiement progressif en Bretagne dans les domaines suivants :

- Coordination du parcours de la personne âgée dont les personnes en situation complexe : déploiement de 20 MAIA (*cf. supra*).
- Soutien aux aidants : 8 plates-formes d'accompagnement et de répit.
- Soutien et réhabilitation à domicile : 28 équipes spécialisées Alzheimer (ESA).
- Activités et soins spécifiques en EHPAD : 98 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).
- Hébergement renforcé au sein des établissements : 13 unités d'hébergement renforcé (UHR), installées en EHPAD (7) ou en USLD (6). 4 UHR restent encore à déployer.
- Accompagnement spécifique en SSR, notamment en cas de crises : 5 unités cognitivo-comportementales en SSR, ainsi que 2 restant à déployer.

Enjeux et perspectives

Au regard des récentes évolutions législatives, permettre aux personnes d'exercer leur libre choix de vivre le plus longtemps possible à domicile et anticiper l'entrée en dépendance pourrait constituer un des axes du prochain PRS en lien avec les schémas gérontologiques des départements bretons qui mettent tous l'accent sur « le bien vieillir ». Ce défi collectif ne sera possible que par le renforcement des dynamiques d'intégration et de coordination des acteurs à l'instar des MAIA.

A cet égard, les perspectives démographiques et la prise en compte du souhait de la personne âgée de rester à son domicile nécessiteront une juste appréciation du besoin en institution dans une perspective de parcours résidentiel ainsi qu'une adaptation optimale des EHPAD à l'évolution de leur public, plus âgés, plus dépendants, présentant des multiples pathologies, des déficits cognitifs et troubles des comportements invalidants. Devront être favorisées en particulier les interventions de l'HAD dans les ESMS dont les EHPAD et de manière générale la prise en charge des soins palliatifs à domicile.

Par ailleurs, la mise en œuvre des projets médicaux partagés au sein des GHT (groupements hospitaliers de territoire), notamment sur l'axe gériatrique permettra de poursuivre d'une part la structuration des filières gériatriques en associant autant que de nécessaire les acteurs médico-sociaux et du domicile et d'autre part leur articulation avec les autres filières (cancérologique, soins palliatifs), la mise en place des consultations d'oncogériatrie et des équipes mobiles de soins palliatifs allant dans ce sens.. Se posera dans ce cadre la question d'un ajustement capacitaire des lits de médecine et l'opportunité de leur conversion en lits de SSR ou en lits hébergement (EHPAD, HT). Une attention devra être portée à l'inscription de l'ensemble des établissements privés dans ces filières de prises en soins.

Enfin, le maintien à domicile est largement tributaire de l'état de santé de la personne âgée, de son environnement familial et professionnel, de ses ressources financières et de son habitat, conditions sur lesquelles la loi d'adaptation de la société au vieillissement met l'accent. Il nécessitera une évolution des services à domicile dans le sens d'une plus forte intégration, territorialisation et un repérage précoce des fragilités. Il sous-tend aussi le développement des aides techniques individuelles, d'actions visant l'adaptation du logement, le maintien d'une vie sociale et culturelle, une alimentation équilibrée et la prévention des chutes. Il s'agit de développer dans ce cadre des actions de promotion de la santé visant le maintien du bien-être de la personne âgée. Ces actions pourraient se voir financer et développer dans le cadre de la mise en place des conférences des financeurs d'une part et pourraient trouver un cadre structurant au travers des contrats locaux de santé d'autre part.

La place et le rôle des aidants devront être renforcés au travers d'une offre de répit et d'actions en leur

faveur en matière d'écoute, information et formation.

Au regard de ces enjeux forts en terme d'adaptation de l'organisation de l'offre tant hospitalière que médico-sociale et sociale au service d'un maintien à domicile, la poursuite de la structuration en cours de l'offre de soins de proximité, du développement des dispositifs d'appui à la coordination et enfin du déploiement des dispositifs d'intégration Personnes âgées / Personnes handicapées voire polyvalents prend tout son sens et ce dans une logique de parcours de santé attentive à l'autonomie de la personne.

Dans ce cadre, les perspectives pour le prochain PRS pourraient être les suivantes

1. Promouvoir la vie en bonne santé et prévenir la dépendance :

- Poursuivre le développement de politiques de promotion de la santé en amont du grand âge, pour prévenir la dépendance ou reculer l'âge de son apparition ;
- Améliorer le repérage et le dépistage précoce de la fragilité au travers d'un recours facilité à l'expertise gériatrique et par un suivi en ville plus coordonné (MSP...) et plus étayé (PTA...).

2. Favoriser l'accompagnement à domicile des personnes âgées à leur domicile :

- Participer avec l'ensemble des partenaires concernés à la construction d'une politique territorialisée du vieillissement (services, habitat, transports...) et d'un parcours résidentiel (domicile, habitat intermédiaire, établissement médicalisé) pour les personnes âgées ;
- Organiser la coordination territoriale des structures de l'aide et des soins à domicile, en lien avec les structures d'accueil temporaire et les dispositifs d'aide aux aidants (autres que les structures de répit) ;
- Développer le recours à l'HAD ;
- Soutenir le développement de l'exercice collectif des professions de santé (MSP), leur implication dans un suivi coordonné des personnes âgées (PAERPA), et leur étayage en cas de situations plus complexes (PTA, avis gériatrique spécialisé gestionnaires de cas des MAIA...) ;
- Promouvoir l'intervention externe d'équipes mobiles hospitalières spécialisées (gériatrie, psycho-gériatrie, soins palliatifs).

3. Structurer le parcours de soins et de vie de la personne âgée :

- Favoriser le développement de projets médicaux au sein des nouveaux groupements hospitaliers de territoire décrivant les liens avec les différentes filières (gériatrie, oncologie, soins palliatifs, urgences) et articulés avec l'offre médico-sociale et ambulatoire ;
- Favoriser le développement de l'offre ambulatoire en SSR et le rééquilibrage de l'offre entre médecine et SSR, en veillant à la bonne adéquation de cette offre avec les spécificités des personnes âgées (transports, indisponibilité des familles) ;
- Poursuivre l'adaptation des EHPAD aux besoins d'un public plus âgé et dépendant, ainsi qu'à des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives avec troubles psychiques, personnes en fin de vie) et les ouvrir à des interventions en amont et en soutien au maintien à domicile dans une logique de promotion par exemple de plateformes de service ;
- Consolider et optimiser l'offre en accueil de jour et hébergement temporaire par la recherche d'une meilleure efficacité de son fonctionnement et de son organisation territoriale.

4. Co-construire les politiques avec les conseils départementaux, les collectivités locales, l'Assurance

maladie et plus généralement les partenaires et usagers :

- Poursuivre l'observation partagée entre l'ARS, les Départements et l'Assurance maladie, dans le domaine des caractéristiques des personnes et de leur prise en charge, et dans l'organisation de l'offre ;
- Conforter le rôle des MAIA sur les territoires ;
- Favoriser les politiques communes notamment dans le champ de la prévention et du soutien à domicile, via les conférences des financeurs ;
- S'appuyer sur les contrats locaux de santé pour développer des actions de santé adaptées au territoire et portées par les collectivités signataires.

5. Améliorer le soutien aux aidants :

- Par une meilleure évaluation de leurs besoins et de leurs attentes et une meilleure lisibilité et coordination des dispositifs et des actions développés sur les territoires par l'ensemble des partenaires ;
- Par l'amélioration de l'accès à l'information de premier niveau et le développement de l'éducation thérapeutique ;
- Par la formation des professionnels intervenant dans le cadre du soutien à domicile pour les informer et mettre en œuvre des actions de proximité et l'inscription de leur action de façon complémentaire et continue avec celles des aidants ;
- Au travers de groupes de parole et d'entraide (associations, groupes de parole de type « café Alzheimer ») et la mise en place de formations à leur attention ;
- Par des services innovants offerts par les établissements, en plus des AJ et HT, comme par exemple le baluchonnage, l'accueil de nuit, des plateformes des aidants...

6. Offre à destination de la personne en situation de handicap

Caractéristiques de l'offre régionale

La région Bretagne présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Cependant des disparités infra régionales par types de services et de structures nécessitent la mise en œuvre d'un rééquilibrage au regard des territoires d'attractivité. Par ailleurs, la demande d'une plus grande inclusion des personnes et les évolutions du secteur qu'implique une démarche telle que « la réponse accompagnée pour tous » demandent à repenser la configuration de l'offre. Les caractéristiques de l'offre (portant sur les capacités installées et programmées à l'horizon 2020) détaillées ci-après reflètent les opérateurs sous compétence de l'ARS (unique ou conjointe avec les Départements). Ce bilan est toutefois à moduler, à la fois en termes de besoins réels et d'offre, notamment en fonction des possibilités d'accompagnement existant par ailleurs. Une étude approfondie, en lien avec les différents acteurs du champ (Départements, maisons départementales des personnes handicapées, établissements et service médico-sociaux et sanitaires, Education nationale, représentants d'usagers...), permettrait de croiser différents types de données et de confluer vers une analyse partagée pour des orientations d'actions harmonisées.

Données : Sources et interprétation

Toutes les données doivent être analysées avec prudence. Des taux supérieurs aux moyennes nationales ne signifient pas que les besoins sont couverts et un certain nombre de données doivent être mises en corrélation avec d'autres telles que l'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile/adulte ou l'offre libérale par exemple.

Les données régionales sont valables au 1^{er} janvier 2016 et ont pour source l'ARS de Bretagne. Les taux d'équipements sont obtenus à partir des capacités installées au 1^{er} janvier 2016, rapportées à la population régionale (recensement 2012, INSEE).

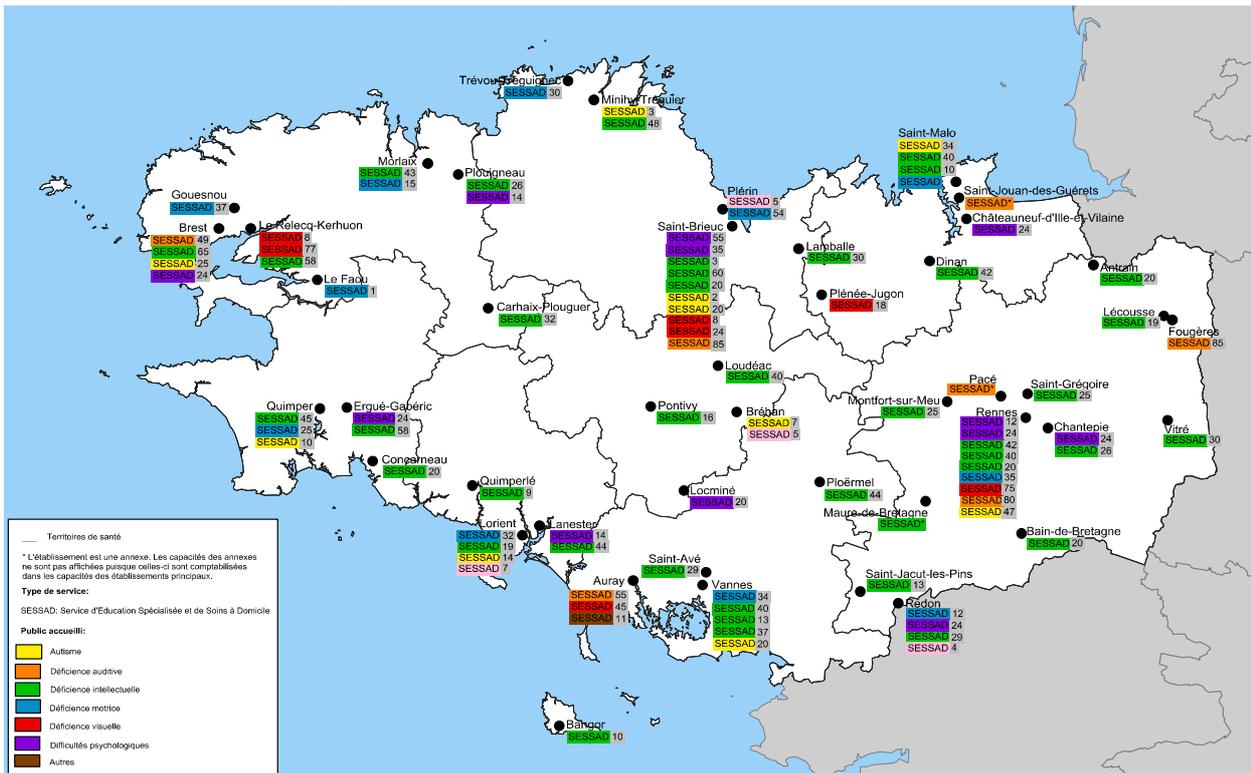
Les données régionales 2016 sont comparées aux dernières données nationales disponibles, c'est-à-dire publiées dans le document STATISS 2015 faisant état de la situation au 1^{er} janvier 2015 : capacités installées 2015 rapportées à la population nationale (estimation locale de population 2014, INSEE).

faute de solutions de sortie. Un travail de modularité des prises en charge doit donc être conduit afin d'améliorer la fluidité des accompagnements.

Les SESSAD

Ils sont des acteurs fondamentaux dans l'accompagnement inclusif au sein de la société des enfants en situation de handicap.

Carte 24 : SESSAD : localisation et public accueilli



Source : ARS Bretagne, FINESS au 1er janvier 2016 - capacité installée
Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 30 60 km

Le taux d'équipement régional en SESSAD au 1^{er} janvier 2011 était de 3 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans contre 2,6 en France. Au 1^{er} janvier 2016, ce taux est de 3,35 contre 3,00 % en France. De 2 419 places fin 2011 à 2 620 places en 2016, les capacités ont enregistré une augmentation de près de 10 %. Tous les départements sont au-dessus de la moyenne nationale, mais seul le département des Côtes d'Armor se situe au-dessus de la moyenne régionale avec 4,20 %. Une analyse plus fine par catégorie de handicap, révèle que les places pour personnes avec autisme ou TED dans les Côtes d'Armor sont moins nombreuses au regard des autres départements, malgré une augmentation de 20 places en 2015. Avec la mise en place du plan autisme, le nombre de places a augmenté dans chaque département de 10 (Finistère) à 20 entre 2015 et 2016. Dans le Morbihan, les capacités en SESSAD spécialisés en handicap psychique sont moins importantes qu'ailleurs en Bretagne.

Malgré cette offre, les délais de prise en charge en SESSAD sont relativement longs, et paradoxalement plus dans les Côtes d'Armor, selon l'étude CREAI de 2013. En moyenne, la moitié des enfants a attendu plus de 9 mois avant admission. Il n'est pas rare que cette attente dure deux ans. Moins l'enfant est jeune,

plus les délais d'attente s'allongent. Ces délais sont différents en fonction de la déficience présentée (les jeunes présentant un polyhandicap sont pris en charge en général plus rapidement, les déficients moteurs ayant l'attente la plus longue).

La logique du dispositif ITEP, mise en œuvre expérimentalement dans les Côtes d'Armor en 2014, a cependant pu contribuer à faire diminuer certains délais d'attente.

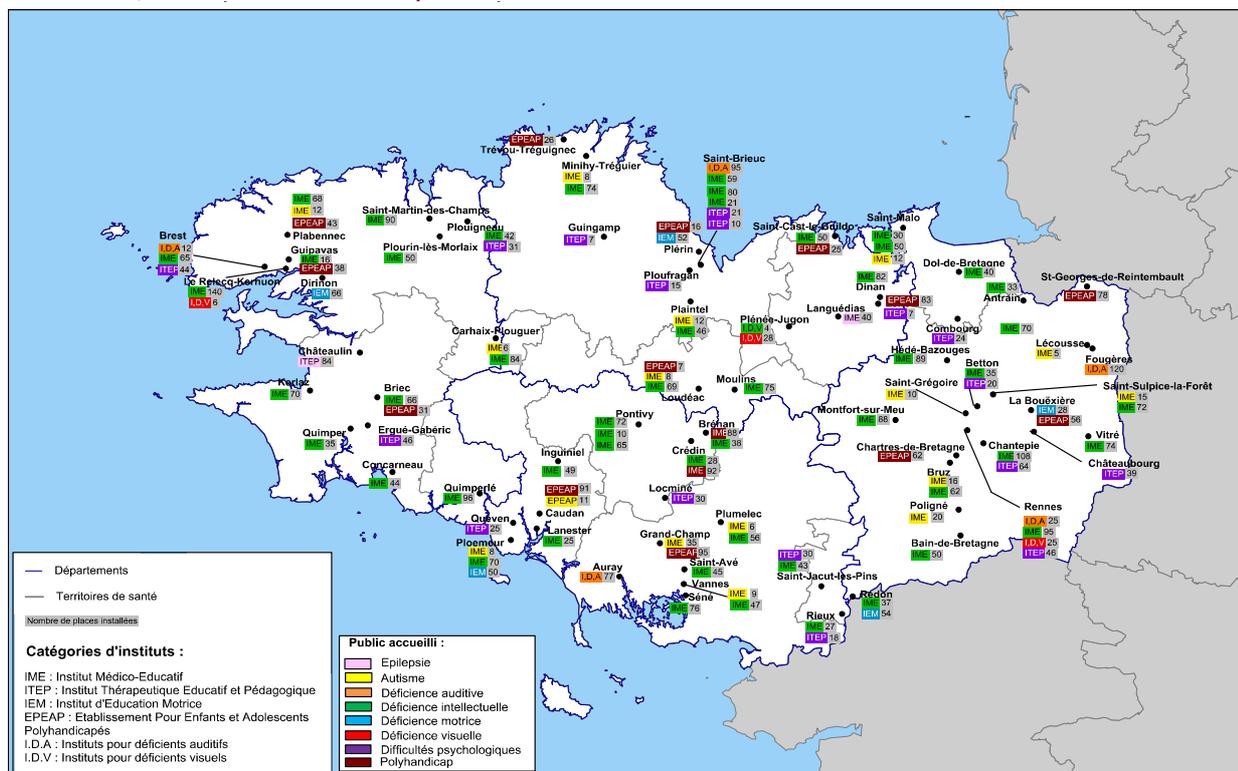
Enfin, une réflexion sur la durée d'accompagnement en SESSAD mériterait d'être menée (critères de sortie, relais...). Ainsi une modularité des offres en interne sera un axe à fort enjeu.

Afin de favoriser la fluidité des prises en charge, les SESSAD devront renforcer leur mission « de coordination » correspondant à un dispositif d'évaluation permettant de mieux gérer leurs files d'attente. Les objectifs seront de mettre en place des premières compensations nécessaires dans l'attente de l'admission et de coordonner les intervenants autour de la situation ; et après une réévaluation, de réorienter rapidement vers une prise en charge adaptée.

De même, cette coordination devra avoir lieu à la sortie pour permettre le passage de relais notamment au secteur libéral. Il pourrait être intéressant par ailleurs de mener une réflexion concernant la transition avec l'âge adulte, à l'instar de l'expérience du SESSAD « pro » régional 16-25 ans (« Grafic », à Rennes) qui permet un accompagnement individualisé et axé sur les apprentissages (suivi personnalisé, périodes de stages, concertation avec les différents acteurs...).

L'offre de prestations en établissements

Carte 25 : IME, ITEP et IEM : localisation et public accueilli



Source : FINESS au 01/01/2016
 Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Arlicque

0 35 70 km

Au niveau du secteur enfance, on note une évolution du taux d'équipement qui était de 5,88 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans en 2012 et est actuellement de 6,05 places. Ce taux repose sur les places d'IME, ITEP établissements pour enfants polyhandicapés, instituts pour déficients visuels et auditifs, centres d'accueil familial spécialisé, établissements expérimentaux et établissements d'accueil temporaire.

● Les instituts médico-éducatifs (IME)

Les capacités des IME étaient de 3165 places en 2012 et sont de 3272 début 2016. Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement régional est de 4,18 pour 1000 habitants de moins de 20 ans contre 4,27 en France. Le département le moins bien doté est l'Ille-et-Vilaine (3,83‰). De plus, c'est en Ille-et-Vilaine que l'on observe l'augmentation la plus forte en proportion de jeunes concernés par l'amendement Creton : sur les 79 jeunes de plus sur l'ensemble de la région (entre fin 2013 et fin 2014), 44 se trouvent dans ce département. Sur l'ensemble de la région, l'année 2014 enregistre une augmentation relativement forte : +19,75 % contre +10,76 % au national. Les places occupées par des jeunes sous amendement Creton représentent 10,14 % des places en Institution pour enfants de la région. C'est une priorité qu'il convient de continuer de traiter notamment par une meilleure anticipation dès l'âge de 16 ans des sorties.

L'installation de 36 places d'IME est prévue au PRIAC 2016-2020 sur la région (environ 10 par département, hors Côtes d'Armor). Ceci, compte-tenu de l'évolution de population à 2020, porterait le taux d'équipement global à 4,00 ‰, soit une légère diminution dans chaque département.

● Les établissements pour déficients moteurs et polyhandicapés (IEM⁷² et établissements pour polyhandicapés)

L'évolution capacitaire de ces structures est stable. Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement régional d'IEM est en-dessous de la moyenne nationale (0,32 pour 1000 habitants de moins de 20 ans contre 0,45). Le département le moins bien doté est le Morbihan (0,29 ‰) ; le seul supérieur à la moyenne régionale est le département des Côtes d'Armor (0,38 ‰). Il est à souligner que la tendance nationale est à la baisse des places en IEM, avec transformation en places d'IEM en SESSAD. Ainsi, ce sont les situations les plus complexes qui seront amenées à occuper les places d'IEM. Ce public se rapprochera d'autant plus de celui des établissements pour polyhandicapés. Cette dernière catégorie d'établissements enregistre peu d'évolution : 3 places supplémentaires sur la période 2012-2016, soit un total au 1^{er} janvier 2016 de 235. Le taux d'équipement régional pour enfants polyhandicapés est très proche du national (0,30 ‰ contre 0,34). Il est significativement au-dessus en Côtes d'Armor, et en dessous dans le Morbihan. Malgré des taux proches du national dans les deux autres départements, une étude en cours en Ille-et-Vilaine fait état de besoins non couverts concernant le polyhandicap. Ces différents constats font ressortir l'enjeu de restructuration de l'offre sur le polyhandicap, notamment de rééquilibrage territorial.

● Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)

Les places en ITEP ont évolué entre 2012 (518) et 2016 (561) et le taux d'équipement régional est en-dessous de la moyenne nationale (0,72 pour 1000 habitants de moins de 20 ans contre 0,95). Malgré un abondement de 15 places en 2016, il reste particulièrement bas en Côtes d'Armor (0,43 ‰). Le département du Finistère se détache avec un taux à 0,98 ‰. L'expérimentation « dispositif ITEP » dans les Côtes d'Armor permet d'améliorer la fluidité du parcours des personnes. En effet, celle-ci bénéficie d'une seule orientation « ITEP SESSAD », de sorte que sa prise en charge puisse être séquencée et/ou modulée en fonction de l'évolution de ses besoins. Cette expérimentation est en voie de développement dans les autres départements.

● Les instituts pour déficients visuels (IDV) et auditifs (IDA)

Le total au 1^{er} janvier 2016 des places en IDV est de 59 et de 329 en IDA. Il n'y a pas eu d'évolution sur la période. Le taux d'équipement global pour la région est de 0,43 pour 1000 habitants de moins de 20 ans contre 0,47 au niveau national. Chaque département dispose d'un IDV et d'un IDA, à l'exception du

⁷² Institut d'éducation motrice.

Morbihan pour la déficience visuelle.

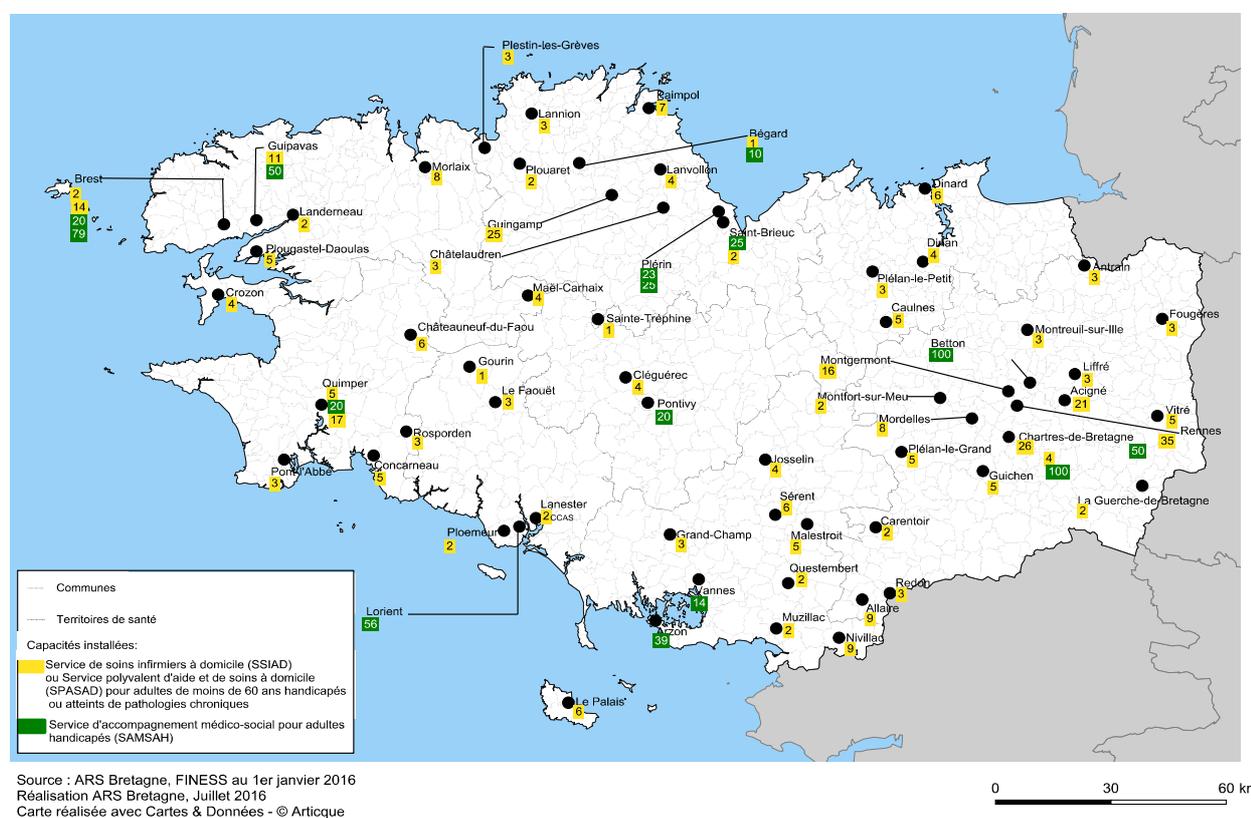
L'OFFRE DE PRESTATIONS – SECTEUR ADULTE

La région comptait 3024 places d'établissements⁷³ en 2012 (1,88 pour 1000 habitants de 20 ans et plus), et 3329 (2,06 ‰) au 1^{er} janvier 2016. Le nombre de places en services est passé de 835 (0,52 ‰) à 943 (0,58 ‰).

L'enquête ES handicap 2010 évalue à 18 797 le nombre d'adultes handicapés pris en charge en établissements et services médico-sociaux pour adultes en Bretagne et à 7 007 le nombre de travailleurs handicapés se trouvant en ESAT.

L'offre de services

Carte 26 : Services de soins à domicile pour adultes :localisation et public accueilli



348 places de SSIAD pour personnes de moins de 60 ans sont autorisées et installées au 1er janvier 2012 contre 362 au 1er janvier 2016. Tous les départements, sauf les Côtes d'Armor, ont vu leur taux augmenter. Au 1er janvier 2016, le taux d'équipement régional est de 0,15 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans contre 0,13 en France. Le maillage territorial n'est pas homogène, avec des zones blanches même si les places accordées via l'appel à projets de 2016 permettent d'améliorer le taux de couverture. En effet, 52 places ont été créées en 2016 (environ une douzaine de places par département), portant le taux d'équipement à 0,25 ‰ pour la Bretagne.

⁷³ Les établissements sont les suivants : MAS, FAM,CRP, CPO, UEROS. Les services sont les suivants : SAMSAH et SSIAD pour personnes de moins de 60 ans.

● **Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) :**

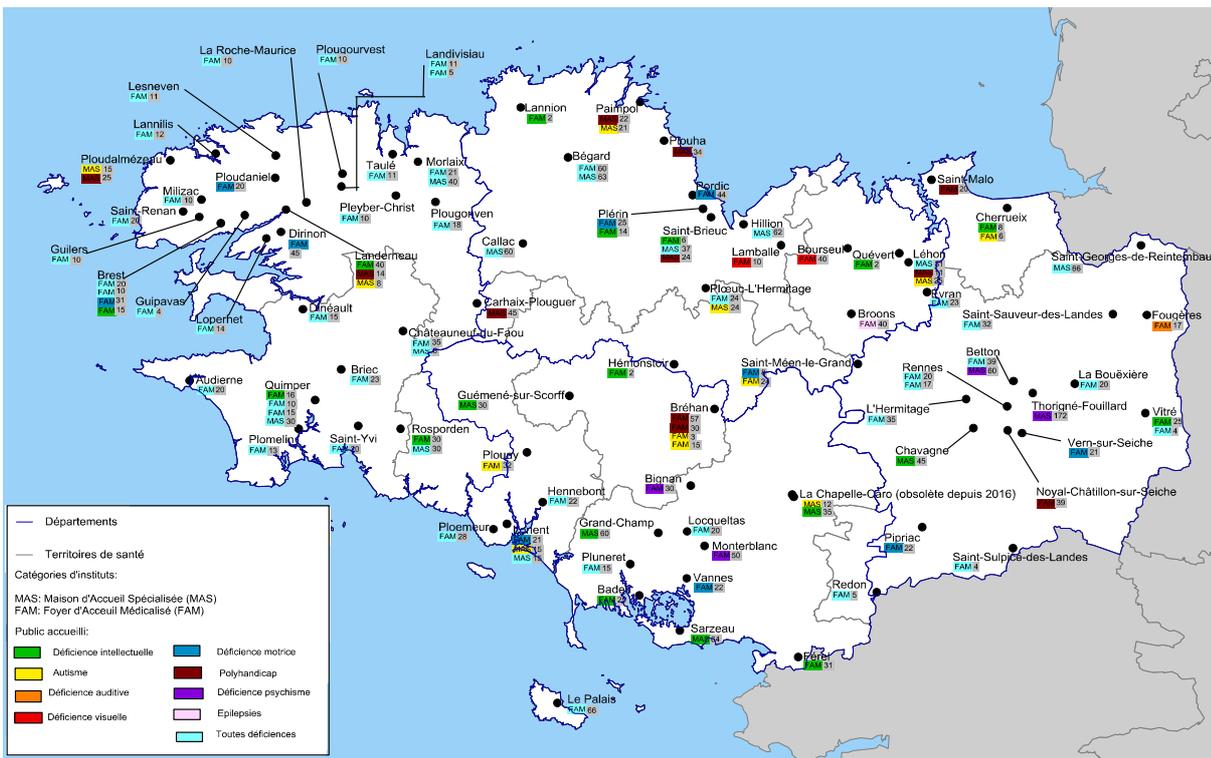
La majorité des SAMSAH bretons sont spécialisés dans l'accompagnement d'un type de handicap (certains sont autorisés pour plusieurs types de handicap). Depuis 2012 et notamment par des appels à projets en 2014 et 2015, la région a eu une augmentation de 119 places de SAMSAH. Pour 2016, 70 places supplémentaires seront ouvertes. Il s'agit majoritairement de places destinées à des personnes souffrant de handicap psychique. Par ailleurs, dans le cadre du plan autisme, 54 places de SAMSAH spécifiques seront ouvertes en 2017.

● **Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en faveur des personnes handicapées :**

Outre la question de couverture des territoires, des difficultés de travail sur les prises en charge avec les professionnels de santé libéraux (charge en soins trop importante) ont pu être constatées. De ces difficultés ressortent un enjeu d'organisation de l'offre et d'articulation avec les libéraux et l'HAD. L'inscription dans des "plateformes de service" associant SAAD et SAMSAH est également une orientation à développer. Ces enjeux s'inscrivent aussi dans le plan maladies neuro-dégénératives (PMND) : engager une réflexion sur l'organisation de l'offre pour des places de SSIAD dédiées aux personnes en situation de handicap et mieux identifier les complémentarités entre acteurs de l'aide et des soins à domicile (SAAD-SPASAD-SAMSAH-infirmiers en libéral-centres de soins infirmiers) ainsi que les frontières avec une prise en charge sanitaire en HAD.

L'offre de prestations en établissements

Carte 27 : MAS et FAM : localisation et public accueilli



0 30 60

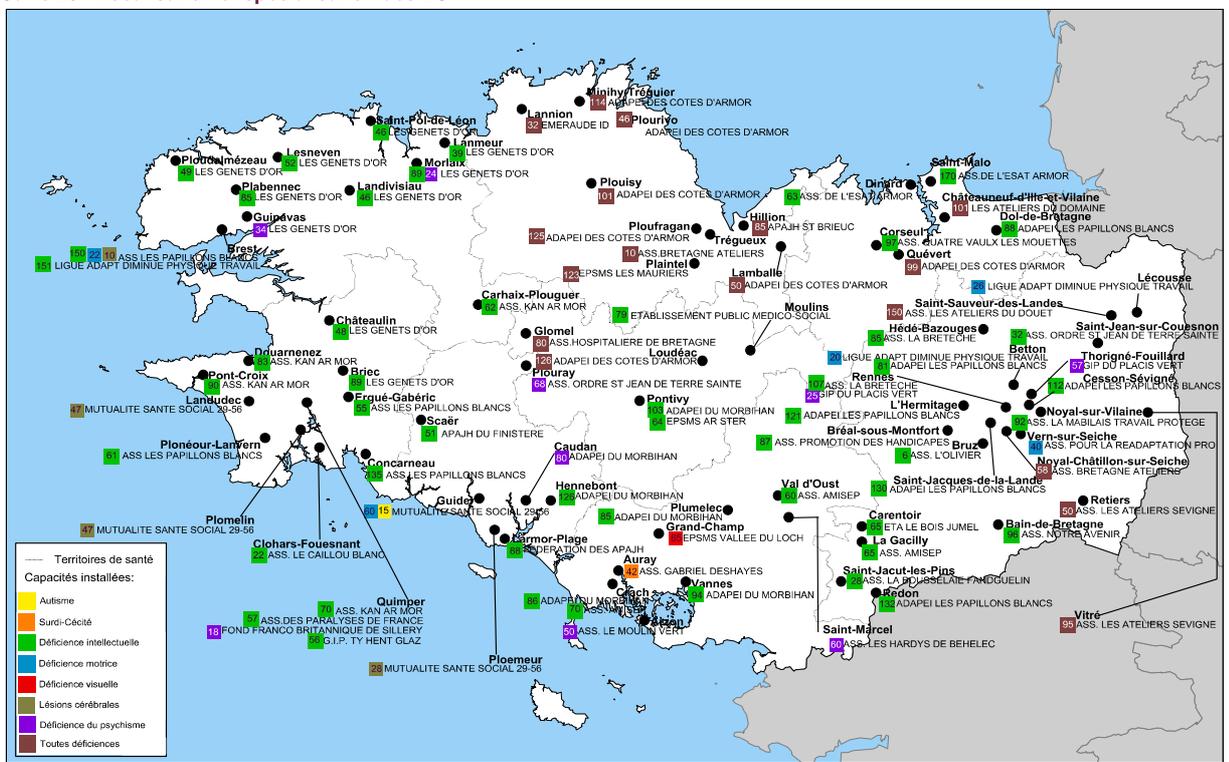
Au niveau capacitaire, on recensait 487 places de SAMSAH au 1^{er} janvier 2012. Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement régional est de 0,24 pour 1000 habitants de plus de 20 ans, soit 581 places installées. Les taux d'équipement par département sont relativement similaires.

Pour les MAS, on observe une évolution de + 67 places sur la période 2012-2016 (de 1 136 à 1 203). Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement régional est légèrement inférieur au taux national (0,50 pour 1 000 habitants de 20 ans et plus contre 0,56). Le département des Côtes d'Armor est comparativement mieux doté avec un taux d'équipement de 0,99 ‰, quand celui du Finistère atteint 0,33 ‰. 112 places sont réservées dans la programmation PRIAC 2016-2020 ; tous les départements sont concernés par cette augmentation, mais à des niveaux différents, la plupart des places étant prévues en Ille-et-Vilaine (55 sur 70).

En ce qui concerne les FAM, de 1 477 places installées en 2012, on atteint le chiffre de 1 694 en 2016. Au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement régional (0,71 pour 1 000 habitants de 20 ans et plus) est supérieur au national (0,55 ‰). Le département de l'Ille-et-Vilaine affiche le taux le plus bas avec 0,46 ‰. 14 places sont prévues au PRIAC 2016-2020 (12 dans le Morbihan, 2 en Ille-et-Vilaine).

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) :

Carte 28 : Localisation et spécialisation des ESAT



Source : ARS Bretagne, Finess au 1er janvier 2016
Réalisation ARS Bretagne, Septembre 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Au 1^{er} janvier 2016, on recense 6 418 places réparties sur 81 ESAT. Le taux d'équipement régional est de 4 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans contre 3,5 en France.

La Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 insiste sur le déploiement d'actions visant à l'intégration en milieu ordinaire de travail des travailleurs handicapés et la fixation d'objectifs *ad hoc* dans les CPOM des ESAT.

Une mission de repérage et d'accompagnement des travailleurs handicapés, notamment psychiques dans le milieu ordinaire de travail a été confiée fin 2015 à l'association régionale des ESAT en Bretagne (ARESAT). Seront ciblés, en premier lieu, les deux départements engagés dans la mise en œuvre de la mission « une réponse accompagnée pour tous », l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan. L'objectif est d'inscrire ce projet

d'insertion des personnes handicapées psychiques en milieu ordinaire de travail dans une dynamique plus globale d'initiatives locales, et notamment de permettre un lien avec la plateforme d'évaluation de la MDPH. Le département d'Ille-et-Vilaine a de plus pour particularité de mettre en œuvre une expérimentation de parcours santé mentale et psychiatrie.

De plus, les centres de rééducation professionnelle et écoles de reconversion professionnelle (CRP et ERP) seront des partenaires à mobiliser pour des prestations d'évaluation, d'orientation et d'appui à des projets professionnels d'insertion en milieu ordinaire de travailleurs d'ESAT.

Par ailleurs, les orientations en ESAT des jeunes en aménagement Creton sont importantes (38,62 %) ; les sorties d'ESAT (personnes handicapées vieillissantes, milieu ordinaire de travail...) doivent concourir au placement de ces jeunes, une contractualisation pouvant aussi œuvrer dans ce sens. Un travail sur l'adaptation des rythmes de travail pour les personnes le nécessitant est également une priorité à développer en ESAT.

L'offre en faveur des personnes handicapées vieillissantes (PHV)

Le recensement de cette population est difficile. D'une part, la notion de personne handicapée vieillissante, n'est pas fondée sur un âge précis. D'autre part, cette population est prise en charge par une multitude d'intervenants et dispositifs. L'offre se répartit entre le secteur des personnes âgées (où des places en EHPAD sont créées), le secteur des personnes handicapées (places dédiées) et des services d'accueil de jour.

Peu d'établissements dans l'accueil des personnes handicapées ou des personnes âgées possèdent une autorisation spécifique pour l'accompagnement de cette population (6 EHPAD et 3 FAM). Pour autant, nombreux sont les établissements/services, confrontés à cette problématique d'accueil de PHV, et qui peuvent avoir adapté leurs pratiques (activités physiques, animations et activités, projets individuels, soins, architecture...).

Une enquête nationale est menée afin de faire ressortir les pratiques en la matière. Par ailleurs, des projets sont en cours dans la région. Ainsi, deux procédures ont été lancées en 2016 avec le Département du Finistère : appel à projets pour un service d'accueil de jour PHV et appel à candidatures pour la requalification de places en « unité pour PHV » en EHPAD et foyers-logements. La même organisation est développée dans les Côtes d'Armor et cette démarche est actuellement proposée auprès des conseils départementaux d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan. Dans ce cadre, les coopérations entre les acteurs du handicap et de la gérontologie sont à développer (prises en charges souples pendant les phases de transition). Enfin, il convient de rappeler l'action menée par l'ARESAT pour l'accompagnement à la retraite des travailleurs en situation de handicap à la sortie d'ESAT.

L'ACCUEIL TEMPORAIRE ENFANT ET ADULTE

L'offre en accueil temporaire est mal identifiée (difficulté de la répertorier dans FINESS). L'accueil temporaire recouvre à la fois le mode de prise en charge en accueil de jour au sein des établissements, et l'accueil en hébergement temporaire, limité dans le temps.

Sur le champ de l'enfance, en dehors d'établissements dédiés (33 places installées), l'accueil temporaire n'est pas identifié : il constitue une simple modalité de prise en charge de la structure. Pour les adultes, en revanche, il existe 19 places en établissements autonomes d'accueil temporaire.

Les pratiques de chaque structure sont différentes en termes d'organisation (unité autonome ou rattachée à un établissement) et en termes de tarification. De plus, certains établissements déclarent posséder des places d'accueil temporaire sans que cela figure dans leurs arrêtés d'autorisation.

Places d'accueil temporaire autorisées sur la région

	En MAS	En FAM
Accueil de jour	46	70
Hébergement temporaire	23	27

Source : ARS Bretagne, 1^{er} janvier 2016

L'accueil temporaire constitue une offre médico-sociale d'accompagnement à part entière, qui diversifie les réponses pour les personnes handicapées et qui apporte du soutien aux aidants. Sur la base des conclusions d'une étude confiée au CREAÎ en 2014-2015 sur ce thème, un plan d'actions sera élaboré par l'ARS avec les quatre conseils départementaux de manière à inscrire cette offre dans un cadre structuré et territorialisé en jouant sur les différentes missions qui lui sont assignées.

L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPEES

A ce jour, les personnes en situation de handicap relèvent de l'offre de droit commun pour les actions de prévention et les soins non-imputables à leur handicap. Cela étant, plusieurs facteurs font obstacle à cet accès aux soins. Ces obstacles peuvent être liés à la personne elle-même (mobilité, difficultés d'expression, difficultés cognitives...), aux professionnels qui souvent méconnaissent les problèmes de handicap, à l'environnement (accessibilité, inadaptation des dispositifs matériels) ou liés à des facteurs financiers. Dès lors, il importe d'adapter cette offre de droit commun aux caractéristiques et problématiques posées par le handicap par des actions portant sur l'accessibilité, l'adaptation des équipements, la formation des professionnels, le partage d'informations entre professionnels...

Un certain nombre de dispositifs se sont développés sur le territoire : réseau de santé Breizh PC (en faveur des paralysés cérébraux), réseau de soins dentaires, implantation de fauteuils dentaires dans plusieurs établissements de santé, actions de prévention en matière de vie affective et sexuelle (mouvement du planning familial 35)... Il importe de capitaliser sur ces actions et de concevoir une stratégie régionale d'accès aux soins reposant :

- Sur chaque territoire, sur une offre de droit commun adaptée à l'accompagnement des personnes en situation de handicap ;
- Sur une offre de recours régional, permettant de délivrer des soins à des personnes pour lesquelles le handicap rend trop difficile l'accès au droit commun.

Principales évolutions liées aux orientations nationales depuis 2012

Depuis la mise en œuvre du PRS 2012-2016, un certain nombre d'évolutions notables ont pu être observées, tant en ce qui concerne la structuration de l'offre médico-sociale (maillage territorial des acteurs...), que l'organisation des parcours, en lien avec des orientations nationales qui se sont précisées sur la période considérée : rapport Gohet⁷⁴, rapport Piveteau⁷⁵, mission Desaulle, lois relatives au vieillissement de la société et à la modernisation du système de santé...

Les exemples présentés ci-après, et découlant de la mise en œuvre de plans nationaux, se veulent emblématiques de cette nouvelle dynamique.

LE SCHEMA NATIONAL HANDICAPS RARES

Dans le cadre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (prévalence de 1 cas pour 10 000), une nouvelle organisation se met en place pour répondre aux besoins des personnes et de leurs familles. Elle est à la fois régionale mais aussi interrégionale (Bretagne, Centre et

⁷⁴ IGAS, L'avancée en âge des personnes handicapées, octobre 2013

⁷⁵ Denis Piveteau, « Zéro sans solution », rapport à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé, juin 2014

Pays de la Loire), avec pour objectif de structurer l'offre territoriale en conjuguant au mieux les impératifs de proximité et d'expertise, tout en déployant une démarche d'intégration afin de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de cette population. Ainsi, ce schéma est révélateur d'une nouvelle façon de travailler, avec des partenariats et des coopérations plus poussées entre les acteurs médico-sociaux et sanitaires, la recherche d'une solution « sur mesure » qui part des besoins spécifiques de la personne.

L'année 2015 a été marquée par le déploiement de l'équipe relais handicaps rares (ERHR), dispositif de coordination chargé d'établir une cartographie précise des ressources, de mobiliser les acteurs et de développer des liens avec les partenaires médico-sociaux, sanitaires et institutionnels (MDPH, Départements). En Bretagne, des équipes expertes comprenant des professionnels issus d'associations et d'établissements confrontés au handicap rare, ont été mises en place (chorée de Huntington, syndrome de Prader-Willi, surdité, épilepsie sévère...).

La planification 2017 portera en priorité sur un renforcement des structures d'appui régionales disposant de compétences spécialisées et en capacité d'offrir des services (accompagnement, formation, etc.) à l'ensemble des établissements et services de leur territoire. L'enjeu est d'outiller les structures de proximité pour mieux répondre aux besoins existants. Les structures régionales d'appui déployées travailleront en lien étroit avec l'ERHR de Bretagne et les centres nationaux de ressources handicaps rares.

LE PLAN NATIONAL AUTISME

Le 2^{ème} plan autisme (2008-2010) a été prorogé jusqu'à fin 2012. Il a permis de structurer les liens entre le centre de ressources autisme (CRA) et les deux équipes hospitalières associées du CH Guillaume-Régner (CHGR) à Rennes et de l'EPSM de Saint-Avé. Le déploiement de ces équipes et les formations dispensées ont permis de diffuser les bonnes pratiques. La région Bretagne a de plus bénéficié d'un financement pour deux projets expérimentaux : un dispositif d'annonce porté par le CHGR, et un service d'accompagnement comportemental spécialisé (SACS) à Quimper, pour prendre en charge des enfants utilisant la méthode ABA⁷⁶. En 2011, plusieurs créations de places relatives à l'autisme ont été inscrites dans le PRIAC 2011-2013.

Suite à la publication du troisième plan autisme (2013-2017), l'ARS Bretagne a réalisé son plan d'action régional autisme (2014-2017). Publié en juillet 2014, ses objectifs sont les suivants :

- Une évolution de l'offre selon une organisation et un fonctionnement gradués qui doivent s'inscrire dans la fluidité des parcours. L'étude CEKIOA finalisée en 2014 a permis de dresser un panorama de l'offre d'accompagnement en établissement et services sociaux et médico-sociaux pour les personnes avec autisme ou troubles envahissants du développement en région Bretagne et de pointer les améliorations à apporter ;
- La qualité des prises en charge des personnes avec TED dont l'autisme dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé.

Ainsi l'enjeu est à la fois quantitatif et qualitatif : faire monter en compétence les acteurs sur leur connaissance du sujet et leurs méthodes d'intervention et organiser le partenariat pour mieux construire des relais entre des structures d'appui et d'autres plus polyvalentes. L'accompagnement tout au long de la vie doit permettre de répondre aux besoins des personnes avec TED et à l'exigence d'une meilleure insertion dans la société.

Au cours de l'année 2015, deux actions majeures du plan d'actions régional Autisme ont été menées par l'ARS Bretagne :

- L'élaboration d'un schéma cible de l'offre d'appui à l'accompagnement pour les personnes avec TED. Ce schéma forme le support de référence pour installer l'offre TED. Cette offre se met en place progressivement et se base sur :

➔ Des structures déjà identifiées et ayant bénéficié de crédits au titre du PRIAC (enveloppe

⁷⁶ « Applied behaviour analysis » : analyse appliquée du comportement.

« personnes handicapées » - année 2014), au cours d'appels à projets (ex : SESSAD d'appui) ;

➔ Des structures qui bénéficieront de places nouvelles et/ou de crédits de renforcement au titre du plan autisme, dans le cadre d'appels à projets et à candidatures ;

- Une réorganisation complète et un accompagnement du CRA dans la phase de préfiguration et après son installation effective (janvier 2016).

Une étude va être réalisée à partir de septembre 2016 auprès des structures de psychiatrie à propos du diagnostic, des rôles des différents acteurs entre la psychiatrie et le médico-social, du lien avec les CAMSP, les CMPP et les professionnels libéraux. L'objectif principal consiste, en 2017, à mettre en place un schéma d'organisation du diagnostic « simple » pour les enfants.

Le développement et le renforcement de l'offre continuent de se développer sur les points suivants :

- Création et renforcement de places de SESSAD d'appui (2016) ;
- Création de trois nouvelles unités d'enseignement en maternelle (unité de 7 places) 2016 et 2017 ;
- Création de 4 équipes mobiles pour TED manifestant des comportements problèmes (2016-2017) ;
- Création de places de SAMSAH et d'accueil temporaire, et renforcement des structures (IME, MAS) en 2017.

Enjeux et perspectives

L'accompagnement de la personne handicapée doit être régulièrement ajusté d'une part au regard de son âge (petite enfance, enfance, adolescence et âge adulte), d'autre part au regard de son handicap.

De nombreux parcours de vie sont marqués par des ruptures en particulier lors des périodes de transition :

- Défaut de précocité des diagnostics ou dans la mise en place d'un accompagnement même minimal ;
- Orientation par défaut à certains âges de la vie faute d'évaluation et de suivi suffisants ;
- Rupture de continuité des accompagnements pouvant avoir pour conséquence que des personnes restent à domicile sans solution adaptée ;
- Difficultés d'accès aux soins ;
- Insuffisant accompagnement du vieillissement de la personne.

Plusieurs raisons expliquent ces situations notamment un fonctionnement trop cloisonné des institutions et offreurs de services intervenant dans le champ du handicap, une insuffisance d'offre à un moment donné du parcours de vie, un défaut d'anticipation et de maîtrise du projet de vie...

Une évolution structurelle globale du secteur est aujourd'hui à l'œuvre au niveau national : réforme de la tarification (SERAFIN), réforme du régime des autorisations, refonte du processus d'orientation et promotion d'un partenariat entre les institutions et les opérateurs intervenant en faveur des personnes handicapées (« Réponse accompagnée pour tous ») ...

Cela doit conduire l'ensemble des acteurs du champ du handicap à mieux prendre en compte trois objectifs :

- L'inclusion : l'intérêt de la personne est que son accompagnement se déroule dans l'environnement le plus proche possible d'une vie ordinaire, ce qui implique dès lors que la réponse proposée, au regard du besoin constaté, soit la moins institutionnelle possible ;
- L'importance d'un accompagnement global : il doit appréhender l'ensemble des besoins de la personne (soins, médico-social, social, éducatif...) et doit s'envisager comme une combinaison de réponses articulées entre elles ;
- La poursuite de la réorganisation de l'offre au regard de l'évolution des besoins des territoires.

Pour répondre à ces enjeux, l'ARS doit mobiliser deux leviers d'actions principaux :

- **Agir sur l'offre de sa compétence afin de l'adapter aux besoins des personnes en situation de handicap de la région et aux évolutions du secteur :**
 - ⇒ Favoriser le dépistage et la prise en charge précoce ;
 - ⇒ Favoriser la prise en charge en milieu ordinaire en augmentant la part des services d'accompagnement par rapport aux places en établissement et en proposant des alternatives à l'institutionnalisation (accueil de jour/séquentiel, hébergement temporaire, développement des unités d'enseignement externalisées). Dans un contexte budgétaire contraint, la création de places en établissements se poursuivra à un rythme moindre, même si certaines créations de places sont programmées au PRIAC ;
 - ⇒ Organiser une gradation des prestations offertes en établissements et services pour un territoire donné afin d'accueillir les situations les plus complexes en institution et de favoriser l'accompagnement en milieu ordinaire lorsque cela correspond au besoin de la personne par une plus grande modularité des prises en charge ;
 - ⇒ Etendre l'expérimentation du « dispositif ITEP », afin de proposer une offre plus souple et modulaire, mieux adaptée aux besoins des jeunes ;
 - ⇒ Déployer, en application de la charte Romain Jacob⁷⁷, une stratégie globale visant à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Il s'agira d'adapter la prise en charge de droit commun aux caractéristiques du handicap, de structurer un suivi de santé au sein de l'ensemble des établissements médico-sociaux et de mettre en place des dispositifs de consultations dédiés pour les personnes dont le handicap rend trop difficile le recours aux soins dans les conditions habituelles.
- **L'ARS devra également mieux articuler son action avec les institutions œuvrant dans le champ du handicap (Départements, Rectorat, Assurance Maladie, MDPH...) en mettant en œuvre la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».** Inspirée du rapport Piveteau et pilotée au niveau national par Marie-Sophie Desaulle, cette démarche vise à ce que l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur du handicap agissent de manière collective et coresponsable afin de :
 - ⇒ Proposer une réponse individualisée à chaque personne sans solution adaptée ;
 - ⇒ Prévenir la survenue des situations de rupture ;

A ce jour, deux départements sont identifiés comme territoires pionniers : l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan.

⁷⁷ « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap », dite charte « Romain Jacob », signée le 16 décembre 2014.

7. Offre à destination de la personne en situation d'addiction

Caractéristiques de l'offre régionale

La part de la population concernée par les conduites addictives, l'existence de spécificités de la région Bretagne, et l'impact majeur des addictions sur les dispositifs de santé, justifie la réalisation d'études dans ce domaine et leur mise à disposition sous une forme adaptée à leur appropriation. A ce jour, l'ARS dispose d'un tableau de bord sur les addictions en Bretagne, réalisé par l'observatoire régional de santé (ORS), principal organisme réalisant des études ou synthèses des études nationales dans ce domaine.

Environ une vingtaine d'acteurs spécialisés mènent des **actions de prévention** dans le champ des addictions. Une dizaine d'entre eux s'inscrivent dans une couverture pluri-territoriale et bénéficient d'un financement pluriannuel ou d'un CPOM avec l'ARS.

Les autres acteurs s'inscrivent plus localement, et sont financés dans le cadre de l'appel à projet annuel de l'ARS.

D'autres actions sont portées par des promoteurs variés, notamment les collectivités territoriales, l'Education nationale, l'Enseignement catholique... L'ARS Bretagne consacre 26 % de ses crédits de prévention et promotion de la santé sur la priorité « addictions ».

D'autres financeurs complètent les moyens mobilisés sur cette thématique, et en particulier les chefs de projets MILDECA, spécificité de la thématique. Environ 120 à 130 actions sont répertoriées sur l'outil OSCAR chaque année pour l'ensemble des financeurs inscrits.

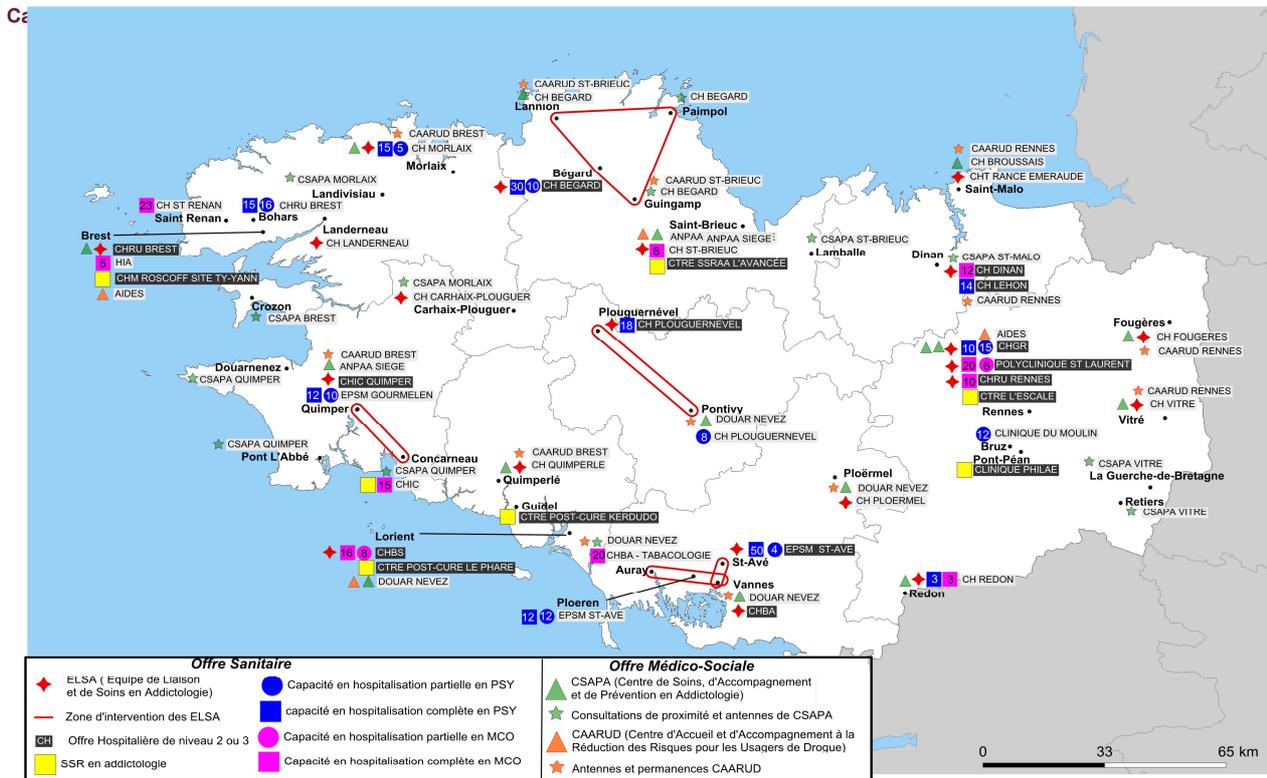
Sur la durée du PRS, l'ARS Bretagne a renforcé la contractualisation, qui couvre aujourd'hui environ 80 % des crédits consacrés à la prévention des addictions. La majorité des actions financées par l'ARS relèvent de l'éducation pour la santé et de la communication-information-sensibilisation et du travail en réseau (15 à 20 %). Les actions s'adressent surtout aux enfants et jeunes (environ un tiers des actions) et aux professionnels (environ 20 %). Beaucoup d'actions s'inscrivent dans la durée, mais l'appel à projet annuel permet l'ouverture à des actions nouvelles.

S'agissant de la prévention en milieu scolaire, l'ARS a engagé, avec ses principaux partenaires, un travail pour garantir la qualité des interventions (critères de qualité), et recentrer ses financements pour renforcer la prévention sélective : définition des publics prioritaires notamment sur la base d'indicateurs de consommation issus d'études spécifiques. Cette priorisation a été engagée en 2016.

Tous les territoires sont couverts par une offre et bénéficient d'actions, notamment dans le cadre des PTS et des CLS qui présentent tous des actions de prévention des addictions; cependant, les outils existants ne permettent pas de comparer la couverture territoriale pour la prévention des addictions. Il existe différentes modalités de coordination territoriale en matière de prévention des conduites addictives, mais celles-ci restent peu structurées, hétérogènes et peu visibles.

La Bretagne dispose également d'une offre spécialisée de réduction des risques, d'une part via l'Orange Bleue, un collectif régional qui coordonne et intervient sur la réduction des risques en milieu festifs, et d'autre part via les CAARUD.

La Bretagne dispose d'une **filière de soins et d'accompagnement en addictologie hospitalière et médico-sociale sur l'ensemble des territoires de santé.**



Source : FINESS au 20/06/2016 (CSAPA, cAARUD), ARHGOS (SSR addictologie), Enquête établissement psychiatrique (mars 2014), Enquête PRS (septembre 2014)
 Réalisation ARS Bretagne, juin 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

La prise en charge en établissement de santé de court séjour (MCO et psychiatrie) est structurée autour de trois niveaux de complexité⁷⁸ :

- Le niveau 1 doit être en mesure de réaliser des sevrages simples, c'est le niveau de proximité ;
- Le niveau 2 doit être en mesure d'effectuer des sevrages résidentiels complexes : c'est le niveau territorial de recours ;
- Le niveau 3 est le niveau de recours régional.

La capacité d'accueil en addictologie en court séjour est largement représentée par la psychiatrie : celle-ci représente 58 % des lits d'hospitalisation complète et 85 % des places d'hospitalisation partielle.

Au total, la Bretagne dispose de 415 lits et places spécialisés en addictologie de niveaux 2 et 3.

46 % des lits en MCO correspondent à la prise en charge de sevrages complexes. Cinq territoires proposent des sevrages simples et des sevrages complexes en MCO, mais dans des proportions variables, les TS1, 7 et 8, ne proposent pas de sevrages simples.

Il est à noter que l'identification des lits d'addictologie n'est certaine que pour les structures de sevrage complexe (niveau 2) en MCO, car elles nécessitent obligatoirement un avenant contractuel tarifaire. A contrario, les lits de sevrage simple (niveau 1) en MCO et psychiatrie, tout comme les lits de sevrage complexe (niveau 2) en psychiatrie ne sont identifiés que de manière déclarative par les établissements.

⁷⁸ Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Tableau 3 : Offre en lits et places en court séjour pour la prise en charge des addictions en Bretagne

	Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète pour 10 000 habitants			Taux d'équipement en places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants		
	Total	MCO	PSY	Total	MCO	PSY
TS1	1,04	0,50	0,54	0,38	0,00	0,38
TS2	0,88	0,49	0,39	0,32	0,00	0,32
TS3	0,54	0,54	0,00	0,27	0,27	0,00
TS4	2,07	0,50	1,56	0,40	0,00	0,40
TS5	0,51	0,37	0,14	0,37	0,07	0,30
TS6	0,99	0,46	0,53	0,00	0,00	0,00
TS7	0,86	0,14	0,72	0,24	0,00	0,24
TS8	1,26	0,00	1,26	0,56	0,00	0,56
Bretagne	0,94	0,40	0,55	0,32	0,04	0,28

Source : ARS de Bretagne, 2016

La filière de soins en addictologie est présente sur tous les territoires, mais de façon hétérogène. Si 6 territoires comportent une offre en MCO et en psychiatrie, le territoire 8 ne dispose pas d'offre MCO et le territoire 3 n'en propose pas en psychiatrie. Par ailleurs, à l'exception du territoire de santé 6, tous les territoires proposent une offre en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle.

Le taux d'équipement est également très variable : de 0,81 à 2,47 lits et places pour 10 000 habitants selon les territoires de santé (cf. tableau 3). Ainsi :

- Les territoires de santé 1, 4 et 8 présentent des taux d'équipement (MCO et psychiatrie) supérieurs aux taux régionaux
- Les territoires 3 et 5 ont des taux d'équipement significativement inférieurs aux taux régionaux

En Bretagne, le taux d'équipement en **soins de suite et de réadaptation** (SSR) spécialisés « addictions » est de 0,71 lits et places pour 10 000 habitants, répartis sur 7 structures. Si 3 territoires sur 8 n'ont pas de SSR addictologique, il en existe en revanche au moins un par département.

Au cours du PRS, les **équipes de liaison et de soins en addictologie** (ELSA) ont été recomposées afin de garantir une couverture de tous les établissements dotés d'un service d'urgences, et de répondre aux recommandations et missions prioritaires : en 2016, la Bretagne comptera 12 ELSA et une inter-ELSA

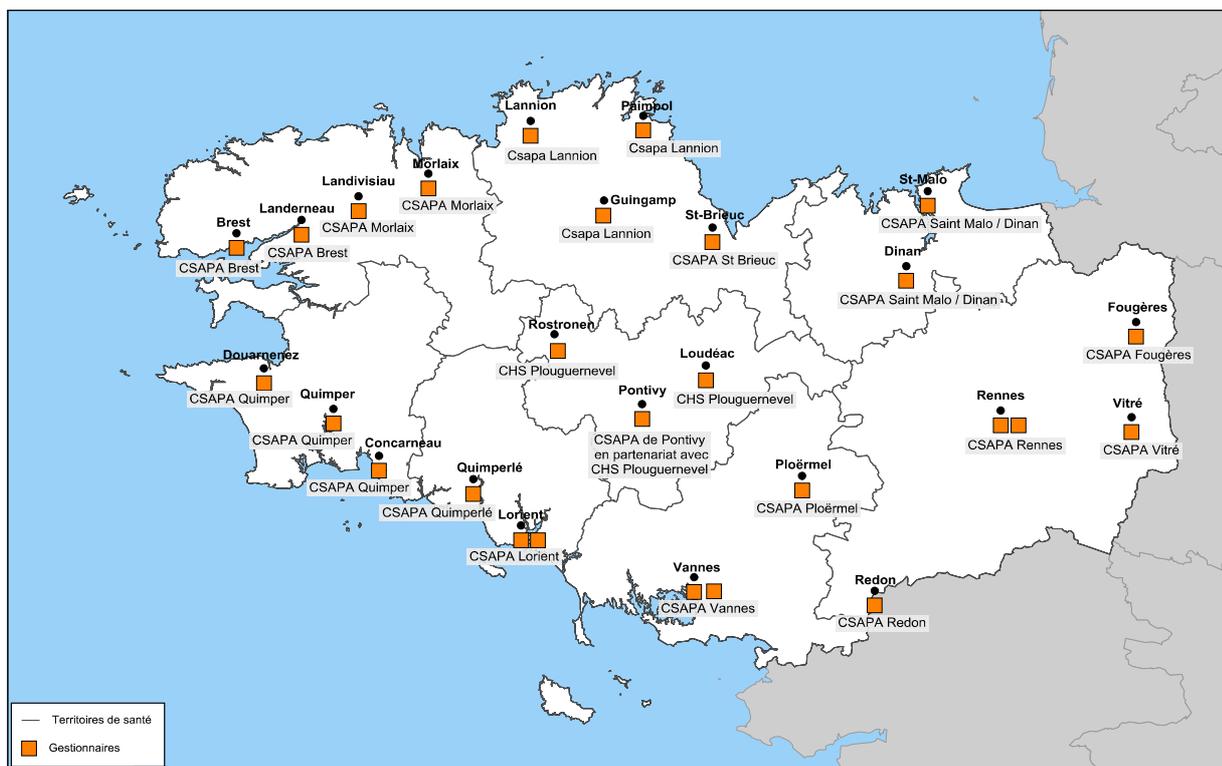
L'offre médico-sociale spécialisée en addictologie repose sur 15 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), quatre centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et cinq places d'appartements de coordination thérapeutiques spécialisées (ACT) à Lorient.

Huit CSAPA sont gérés par un centre hospitalier et 7 par une association. Les CAARUD sont tous gérés par une association. A noter qu'une Coordination inter-CSAPA fonctionne depuis 2 ans, témoignant de la bonne coordination entre les structures et de la volonté d'améliorer l'organisation et les pratiques. Tous les CSAPA bretons sont généralistes, et remplissent l'ensemble des missions obligatoires. S'agissant des missions facultatives, 8 dispensent des traitements de substitution aux opiacés (TSO), 6 sont CSAPA « référents pénitentiaires » (couverture de l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région), et 3 ont été renforcés sur les addictions aux jeux en lien avec les niveaux 3 en addictologie et le PoSRAJ (pôle de spécialisation régional pour les addictions aux jeux). Les CSAPA de Brest (6 places) et de Rennes (3 places) offrent également un dispositif d'hébergement.

La couverture territoriale est satisfaisante : tous les territoires de santé disposent d'au moins un CSAPA, et, fin 2016, 22 antennes ou points de consultation avancée seront déployés en proximité, améliorant ainsi la qualité du maillage territorial. Le territoire de santé 5 dispose d'un CSAPA inscrit sur deux sites plus spécialisés, et le territoire 8 dispose d'un CSAPA généraliste et d'un CMP-spécialisé « addictions ».

Le PRS identifiait comme objectif une meilleure visibilité des structures ainsi qu'un focus sur le public jeunes : un travail visant à l'identification des missions des différentes structures de prise en charge a été réalisé en particulier en ce qui concerne les consultations jeunes consommateurs (CJC). En 2016, la Bretagne dispose d'un réseau de 27 consultations jeunes consommateurs reconnues.

Carte 30 : Implantation des CJC



Source : ARS Bretagne - Février 2016
Réalisation ARS Bretagne, Août 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 33 65 km

Les 4 **CAARUD** ont vocation à couvrir leur département d'implantation. Trois sur quatre disposent d'une équipe mobile, la quatrième devant être créée en 2016. A ce jour, plusieurs territoires restent non couverts par les interventions des CAARUD. Fin 2015, un plan d'action pluriannuel a été validé pour développer leur couverture territoriale et renforcer certaines de leurs missions.

Si l'offre médico-sociale spécialisée en addictologie est globalement présente en Bretagne, il faut noter que les moyens des structures sont insuffisants au regard des besoins et de l'activité, et inférieurs aux moyens observés au niveau national. Le nombre de patients par équivalent temps plein est de 107 soit le plus élevé de France où la moyenne est de 78 patients par ETP⁷⁹.

Les moyens dont disposent les CSAPA sont hétérogènes selon les territoires, ainsi deux CSAPA ne disposent pas encore de l'équipe type minimale. Le taux de recours est très important (en 2014: 10,49 patients pour 1000 habitants, contre 6,6 en France en 2010) et hétérogène selon les TS (de 5,21 à 15,57). S'agissant des CJC, les moyens humains sont en moyenne de 0,94 ETP par CJC en France (médiane 0,65) et de 0,27 ETP en Bretagne.

Les **mouvements d'entraide**, ou mouvement néphalistes, ont pour mission l'accompagnement et le soutien des personnes en difficultés avec leur consommation et de leur entourage : sept mouvements sont financés par l'ARS, dont deux disposent de lieux d'accueil sur l'ensemble de la région. Un état des lieux et des séminaires d'échanges par territoire se sont déroulés de 2015 à juin 2016, pour mieux connaître ces

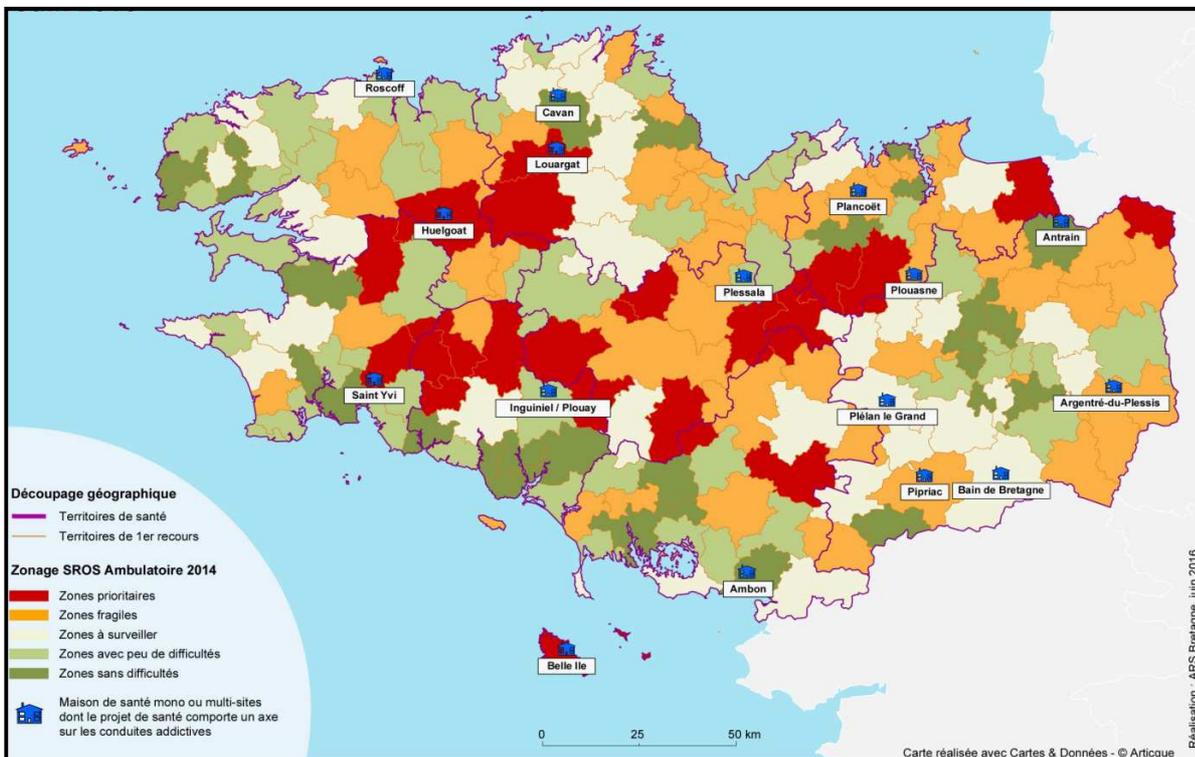
⁷⁹ Source : rapports d'activité 2015 des CSAPA.

mouvements, leurs liens avec l'offre de soins et d'accompagnement spécialisée et envisager les perspectives de prise en compte des évolutions des comportements (produits illicites, ivresse..), et des modalités de prise en charge au-delà du sevrage (réduction des consommations, réduction des risques et des dommages).

La Bretagne dispose d'un réseau de santé « alcool » en cours d'évolution vers une prise en charge plus globale des addictions. Il existe des formes de coordination sur tous les territoires, mais celles-ci sont hétérogènes. Les perspectives de déploiement des plateformes territoriales d'appui aux professionnels de premier recours et des acteurs de proximité devraient améliorer l'orientation des professionnels ayant en charge des patients en situation de parcours complexe vers la ressource sanitaire, sociale ou médico-sociale adaptée.

La place de **l'offre de premier recours** sur la thématique addiction peut s'observer dans le cadre du développement des dispositifs d'exercice pluri-professionnels : 21 % des maisons de santé pluri-professionnelles ayant un projet de santé validé par l'ARS, abordent les addictions dans leurs projets (cf. carte ci-dessous).

Carte 31 : MSP dont le projet de santé comporte un axe sur les conduites addictives



Malgré la prévalence élevée des conduites addictives dans leur patientèle, il reste difficile de mobiliser les professionnels de premier recours, et singulièrement les médecins généralistes sur des formations. Cependant, sur la durée du PRS, 287 professionnels de premier recours se sont formés au repérage précoce et intervention brève (RPIB), méthode validée pour modifier les comportements des patients et adaptée à la pratique de médecine générale. Il faut cependant noter l'investissement des pharmaciens d'officines, en particulier sur la politique de réduction des risques et les traitements de substitution aux opiacés.

Enjeux et perspectives

Quatre enjeux majeurs relatifs aux addictions se dessinent, notamment dans le cadre de la prise en compte des évolutions de la loi de santé, du nouveau plan d'action MILDECA, du plan cancer 3, de

l'évolution des comportements addictifs et des produits :

- Retarder les consommations, diminuer les dommages ;
- Renforcer la mobilisation des autres institutions en complémentarité avec l'ARS (MILDECA, collectivité territoriales, Justice...) ;
- Améliorer la qualité, le maillage et la coordination de l'offre sur les territoires ;
- Développer des prises en charge spécifiques (femmes, famille, précaires, co-morbidités psychiatriques, TCA, troubles cognitifs, tabac...).

Quelle que soit l'addiction, la relation médecin/patient est fondamentale pour l'identification des difficultés à faire surmonter par le patient en s'assurant de la possibilité d'un accompagnement tout au long du parcours de santé et de vie.

La garantie d'un recours aux soins est le premier facteur de réussite du parcours : les traitements substitutifs aux opiacés (TSO) qui allient bénéfice médicament / approche psycho-sociale doivent ouvrir de plus grandes perspectives.

Il en découle la nécessité d'identifier et de valoriser un travail d'équipe entre professionnels de premier recours (médecin, pharmacien, infirmier ...) sur chacun des territoires de proximité. Une fois cette condition remplie il revient à l'ARS de s'assurer de la bonne articulation des actions par la coordination des acteurs (PTA / MAIA) de façon à aider, développer et valoriser les traitements des personnes souffrant de dépendance car en ce domaine, les réussites psychiques et sociales sont aussi importantes que les réussites pharmaceutiques.

L'enjeu du parcours de soins est de le situer dans un parcours de santé et de vie articulé avec les politiques sociales : précarité, parentalité, information / formation, communication, entraide et bénévolat.

Compte-tenu de la diversité des solutions d'aide, d'accompagnement et de soins sur les territoires, la visibilité et la lisibilité de l'offre généraliste et spécialisée est importante pour que les malades et les familles sachent où s'adresser et pour s'assurer de la collaboration effective entre tous les professionnels et les acteurs.

L'identification et la mise en place des parcours de soins intégrés dans un parcours de santé et de vie permettront une amélioration du repérage des difficultés et une diminution de la difficulté à faire le lien entre les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux sur le terrain au bénéfice des patients souffrant d'addictions.

8. Offre à destination de la personne vivant avec un trouble psychique

Les troubles psychiques constituent un enjeu majeur en termes de santé publique du fait de leurs conséquences multiples, pour les personnes concernées (conséquences en termes de santé psychique et physique, d'insertion familiale, sociale et professionnelle, conséquences économiques) et pour leur entourage.

L'évolution des demandes des usagers, l'état des connaissances sur les pratiques vertueuses pour prévenir ou atténuer l'aggravation des troubles et favoriser l'autonomie des personnes, l'apparition de nouveaux acteurs à mêmes de contribuer à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, les caractéristiques régionales de l'offre en santé mentale, constituent autant de raisons de poursuivre le travail collectif d'adaptation de l'offre aux besoins des personnes.

Caractéristiques de l'offre régionale

Les actions de promotion en santé mentale bénéficient d'une forte implication des acteurs régionaux. La Bretagne est ainsi la région avec le plus grand nombre d'actions répertoriées en 2016 sur le site internet du Collectif national des semaines d'information sur la santé mentale (SISM) : 210 actions en Bretagne, 0 à 166 dans les autres régions. De nombreuses autres actions de prévention dans le champ de la santé mentale sont mises en œuvre : développement des compétences psychosociales, dispositifs d'accueil, d'écoute et d'orientation, information, sensibilisation, formation : 215 actions sont référencées pour l'année 2014 dans la base cartographique OSCARS.

Concernant plus spécifiquement la **prévention du suicide**, un bon maillage territorial en réseaux locaux de prévention du suicide s'est construit sur la durée. Dans le cadre d'une convention avec l'ARS, la Mutualité Française Bretagne anime 12 réseaux locaux. Sur certains territoires, des démarches collectives sont également mises en œuvre par d'autres acteurs sous des formats divers. Parmi les actions mises en œuvre par ces réseaux, la formation sur le repérage et l'intervention en cas de crise suicidaire est un axe important. Pour cela, la région peut compter sur un réseau de 47 formateurs « Seguin-Terra »⁸⁰, l'IREPS organisant les échanges entre ces formateurs pour l'élaboration d'outils communs. L'importance de la problématique du suicide dans la région (la Bretagne est la région de France la plus touchée par la mortalité liée au suicide) explique en partie la forte mobilisation observée.

Concernant l'offre de soins en psychiatrie, il est utile de rappeler qu'elle présente deux fortes caractéristiques communes à l'ensemble du territoire national et liées à l'organisation de la psychiatrie de secteur : la territorialisation de l'offre (découpage territorial en secteurs) et sa forte composante ambulatoire liée en particulier au réseau de centres médico-psychologiques (CMP) et de centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP).

La région bénéficie d'un bon maillage d'offre de soins psychiatriques, notamment ambulatoire, y compris en zones rurales (Cf. cartes 15 et 16).

Au sein de ce paysage général, la Bretagne se caractérise par **une offre de soins hospitaliers de psychiatrie plus importante que dans d'autres régions et par un recours de la population à cette offre plus conséquent.**

⁸⁰ Programme de formation de formateurs établi par les professeurs Jean-Louis Terra et Monique Seguin.

Tableau 4 – Taux d'équipement et de recours pour les soins psychiatriques adulte en Bretagne et au niveau national

	Taux d'équipement de psychiatrie adulte en lits et places pour 1000 habitants				Taux de recours de soins de psychiatrie en journées pour 1000 habitants			
	Lits d'hospit. temps plein		Places d'hospit. partiel		Hospit. temps plein		Hospit. temps partiel	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
Bretagne	1,5	1,4	0,6	0,6	374,8	335,4	146,9	98,9
France	1,1	1,1	0,4	0,4	275,7	273,5	97,8	78,4

Sources : ARS de Bretagne 2016 pour les taux d'équipement : capacités issues de la SAE 2011 et 2014, rapportées à la population 2012 (INSEE), et ATIH 2016 pour les taux de recours (SCANSANTE)

Cette situation résulte pour partie d'un historique de fortes capacités hospitalières au bénéfice d'un recrutement qui n'était pas limité à la région. L'importance des problématiques du suicide et des addictions, soulignées dans le bilan de l'état de santé de la population y contribuent également. On observe ainsi⁸¹ que :

- La majorité (59 %) des patients hospitalisés pour un problème de mésusage pour un ou plusieurs produits a été prise en charge en psychiatrie⁸².
- La Bretagne se situe au premier rang des régions pour la part des journées d'hospitalisation (temps plein et partielle) de psychiatrie réalisées pour des patients présentant un trouble du comportement lié à l'utilisation de substances psycho-actives : 13,1 % en Bretagne et 7,4 % au niveau national.

La densité de **psychiatres libéraux** est en revanche nettement inférieure à la moyenne nationale : 7,1 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants en Bretagne en 2015 pour 10,3 en moyenne nationale⁸³.

L'offre en santé mentale, c'est aussi l'offre d'**accompagnement social et médico-social** à laquelle les personnes en situation de handicap psychique ont pleinement accès depuis la reconnaissance du handicap d'origine psychique par la loi de 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le niveau d'équipement en établissements médico-sociaux (ESMS) de la Bretagne est globalement supérieur à la moyenne nationale, ce qui ne préjuge pas du caractère adéquat de cet équipement au regard des besoins.

Deux types d'ESMS pour enfants et adolescents relèvent du champ de la santé mentale : les CMPP et les ITEP. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), à la frontière de la psychiatrie et du médico-social et en accès direct, complètent le maillage de CMP, la clarification des rôles et complémentarités restant à affiner. Les ITEP accueillent quant à eux des jeunes présentant des troubles psychologiques graves après orientation par la MDPH. Le taux d'équipement régional en ITEP est inférieur à la moyenne nationale (taux d'équipement en places pour 1000 enfants de 0 à 19 ans inclus : 0,72 en Bretagne au 1^{er} janvier 2016 pour 0,95 en France en 2014).

Parmi les autres ESMS qui peuvent accueillir plusieurs types de handicap, certains peuvent s'être spécialisés dans ce domaine ou avoir une partie de leurs places dédiées au handicap psychique. Ainsi les données issues du régime des autorisations montrent qu'au 1^{er} janvier 2016⁸⁴ :

- Pour les adultes, la proportion de places adultes dédiées au handicap psychique et à l'autisme dans le cadre des autorisations représente 29 % des places de MAS, 10% des places de FAM, 30 % des places de SAMSAH et 7 % des places d'ESAT.

⁸¹ Source : Etude de l'ARS sur l'addictologie dans les établissements de santé bretons - 2016

⁸² Source : ARS de Bretagne (RIM-P 2013).

⁸³ Source : ARS de Bretagne, Démographie des professionnels de santé (DémOPS).

⁸⁴ Source : FINESS

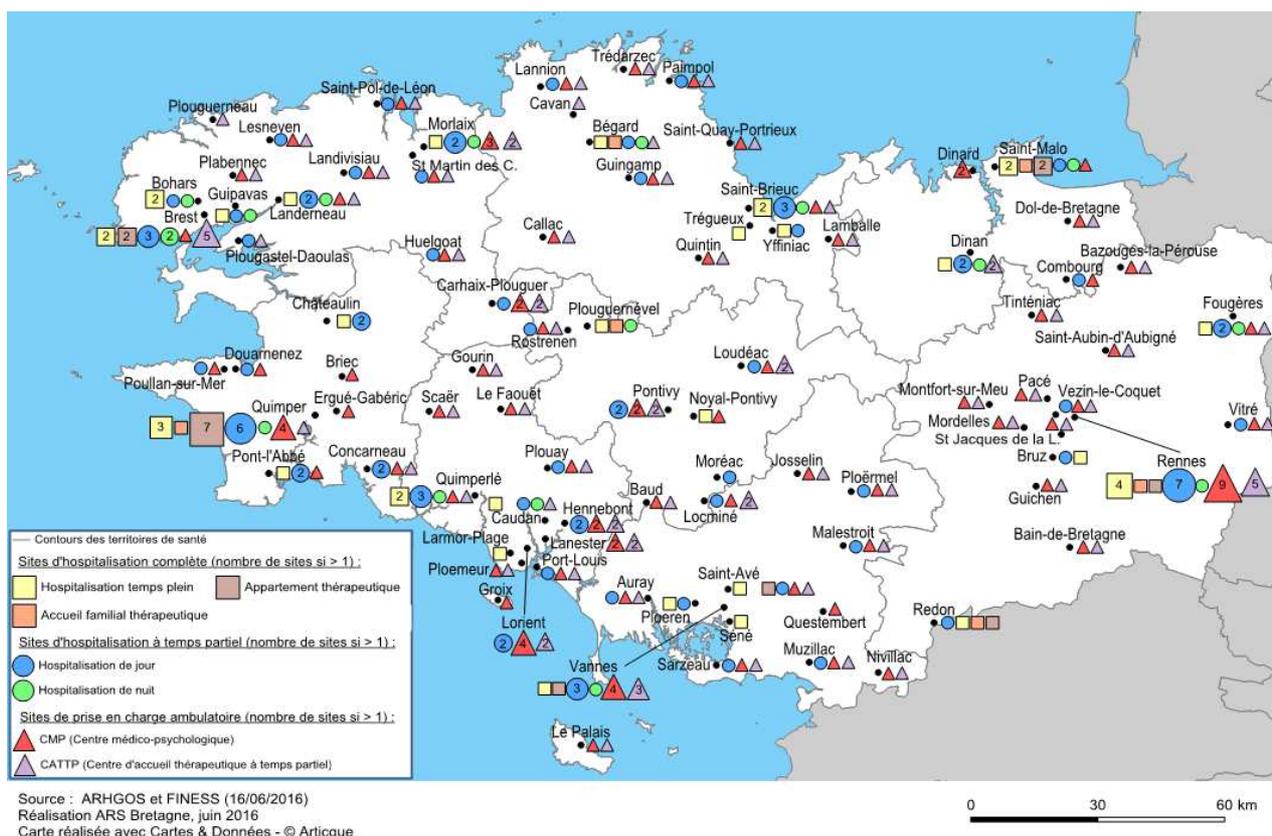
- Pour les enfants et adolescents, la proportion de places dédiées au handicap psychique et à l'autisme dans le cadre des autorisations représente 100 % des places ITEP, 17 % des places de SESSAD et 6 % des places d'IME.

On peut considérer que ces chiffres représentent une approche sous estimée de la réalité, certains ESMS accueillant des personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme sur des places non dédiées. Dans cette perspective, les données de l'enquête nationale de 2010 montraient que 48 % des personnes accompagnées en ESMS⁸⁵ présentaient une situation de handicap psychique ou un trouble envahissant du développement en déficience principale ou associée. Cette part était identique dans les structures pour enfants/adolescents et pour adultes.

Les fortes capacités de psychiatrie hospitalière ont donné lieu lors des dernières décennies à des redéploiements avec fermeture de lits et création de structures médico-sociales, le plus souvent de type MAS ou FAM dans le champ adulte et de type SESSAD dans le champ de l'enfance. C'est ainsi que 70 % des places de MAS, 50 % des places de FAM et 19 % des places de SESSAD sont gérées par des établissements publics hospitaliers.

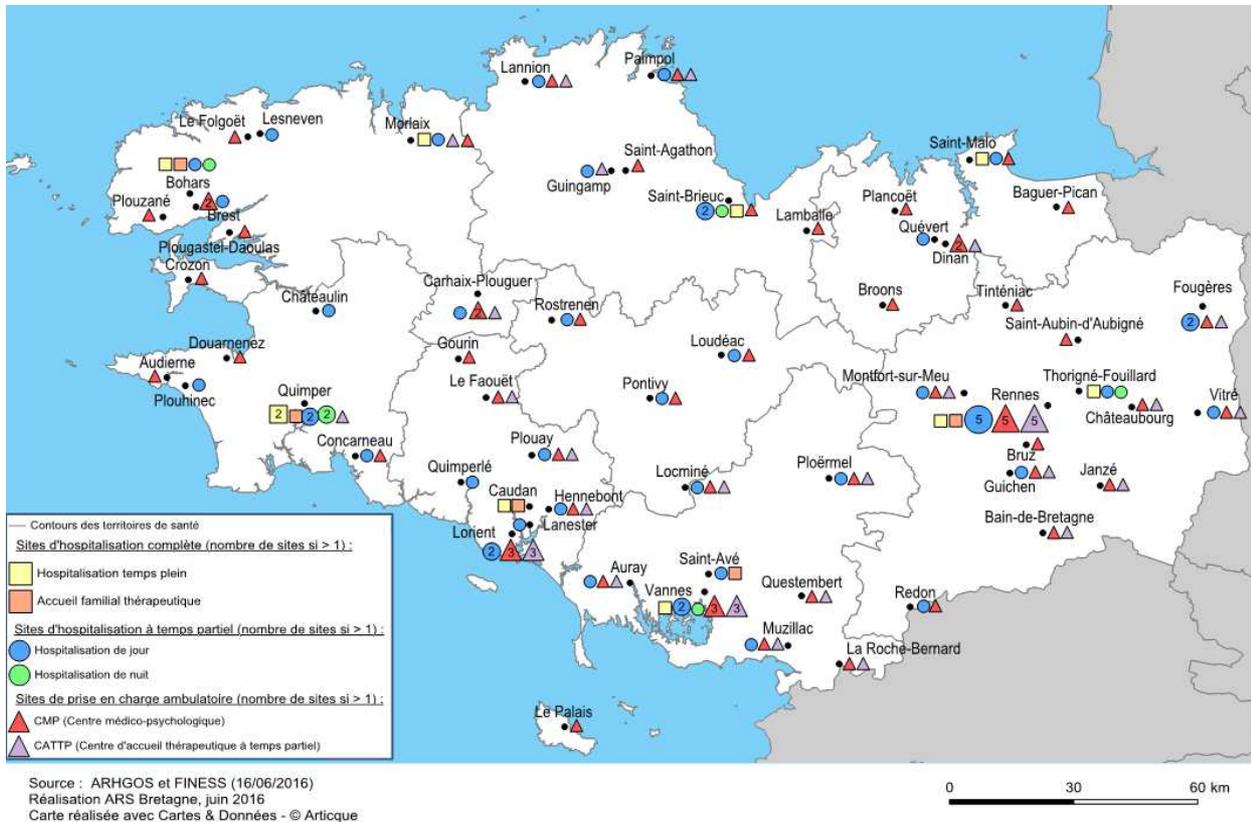
Dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale, les **groupes d'entraide mutuelle** (GEM) sont des associations d'usagers en santé mentale visant à rompre l'isolement des personnes par des temps d'échanges, d'activités et de rencontres. Avec 25 GEM répartis sur le territoire régional (sur un total de 393 en France), la Bretagne présente l'un des maillages les mieux développés.

Carte 32 : Sites d'offre de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie générale



⁸⁵ Source : Document de travail de l'ARS Bretagne – Prise en charge du handicap psychique dans les ESMS pour personnes handicapées en Bretagne – juin 2015

Carte 33 : Sites d'offre de soins ambulatoires et sanitaires en psychiatrie infanto-juvénile



EVOLUTIONS SOUHAITABLES DE L'OFFRE

Dans le diagnostic du volet santé mentale du PRS 2012, le manque de fluidité des parcours de soins et d'accompagnement était pointé comme le problème majeur de l'offre. Un certain nombre de points faibles de l'offre en santé mentale ont été identifiés :

- les interactions et collaborations entre médecine générale et acteurs de la psychiatrie publique sont très insuffisantes pour permettre la nécessaire continuité des soins ;
- le recours à l'hospitalisation temps plein et aux hospitalisations prolongées reste trop important par rapport à l'ensemble des alternatives favorisant l'insertion de la personne dans son environnement ;
- les réponses de soins ou d'accompagnement favorisant cette insertion ne sont pas toujours disponibles en nombre suffisant sur les territoires (appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, offre de logements / hébergements adaptés, SESSAD, SAVS et SAMSAH...);
- les établissements et services sociaux et médico-sociaux ne sont pas toujours suffisamment préparés aux spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ;
- l'organisation des réponses aux âges charnières de la vie n'est pas satisfaisante et constitue une source de ruptures de parcours ;
- les coordinations et complémentarités entre acteurs de la psychiatrie et de l'accompagnement social et médico-social sont à renforcer.

Au cours de la mise en œuvre du PRS, les acteurs ont pris conscience des nécessaires évolutions de l'offre à conduire pour privilégier les modalités de soins permettant le plus possible aux personnes de maintenir et renforcer leur degré d'autonomie et d'insertion.

ACTIONS VISANT UNE EVOLUTION DE L'OFFRE AU SERVICE D'UNE AMELIORATION DES PARCOURS

L'ARS a fait le choix d'organiser les travaux sur la santé mentale de façon globale et transversale, en identifiant en interne une équipe projet issue des différentes directions métiers, en associant dans un groupe régional de concertation l'ensemble des acteurs professionnels et usagers des différents champs (promotion et prévention, soin, accompagnement social et médico-social, insertion), et enfin en identifiant des orientations stratégiques. Un ensemble d'actions facilitatrices de parcours ont été engagées et / ou réalisées dans le cadre du PRS, parmi lesquelles :



- Le développement de SAMSAH spécialisés dans l'accompagnement de personnes en situation de Handicap psychique a été priorisé sur l'ensemble des territoires. 115 places ont ainsi été créés par appel à projets avec les conseils départementaux.
- La participation de la Bretagne à l'expérimentation nationale « dispositif ITEP » visant à faciliter l'accès des jeunes aux différentes modalités d'accueil en ITEP et à faciliter leurs passages d'une modalité à l'autre. Initiée dans le département des Côtes d'Armor, ce nouveau mode de fonctionnement est en cours d'extension dans les trois autres départements.
- Le lancement de deux appels à candidatures par l'ARS en 2014 et 2016 avec les objectifs suivants : accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale vers des coopérations renforcées avec la médecine générale, diminuer le poids de l'hospitalisation temps plein dans l'offre en psychiatrie, et favoriser la recherche de solutions appropriées pour les personnes en hospitalisations prolongées inadéquates.
- Le soutien au développement du projet « Vigilans », déjà développé avec succès dans d'autres régions, qui organise le maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide afin de diminuer le risque de récurrence.
- Les travaux de l'association Convergence-Bretagne, missionnée par l'ARS pour réaliser des travaux régionaux sur les dispositifs de coordination/intégration des acteurs de santé mentale.
- La participation de l'ARS Bretagne à l'initiative de l'ANAP pour expérimenter une démarche parcours en santé mentale sur un territoire donné. Le projet a permis aux acteurs de tester une méthodologie pour analyser les parcours (cf. schéma de la rosace ci-dessus), de développer un ensemble d'outils, de mettre en œuvre des actions d'améliorations des parcours, et ce faisant, d'acquérir un savoir faire.

Enjeux et perspectives

L'enjeu principal est celui de la mise en œuvre, telle que prévue par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016, d'une politique de santé mentale territorialisée, associant l'ensemble des acteurs et visant des parcours de qualité, sécurisés et sans rupture.

Cela devra se faire en veillant aux articulations avec les évolutions en cours concernant la réponse accompagnée pour tous ainsi que les dispositifs de coordination/intégrations des acteurs (dispositifs MAIA, plateformes territoriales d'appui).

Au sein de ce cadre général d'action, trois enjeux plus qualitatifs et plus spécifiques peuvent être envisagés :

- Renforcer la palette de réponses (prévention, soins et accompagnement) en direction des enfants, et adolescents, et améliorer son fonctionnement, notamment pour la phase de transition vers l'âge adulte.
- Développer une offre régionale de réhabilitation psychosociale, dans ses composantes sanitaire et médico-sociale.
- Améliorer l'adéquation des réponses à certains défis pour lesquels les réponses sont peu ou insuffisamment développées dans la région. Pourraient être considérés dans ce cadre les troubles de la conduite alimentaire pour lesquels une réponse régionale adéquate est à construire, la dépression et la prévention du suicide en tant que sujet majeur de santé publique, ou encore la psychiatrie du sujet âgé, sujet émergent nécessitant une adaptation de l'offre.

La région bénéficie de deux atouts pour poursuivre son action en faveur d'une offre en santé mentale adaptée à l'évolution des besoins :

- La dynamique partenariale régionale, avec l'implication forte des acteurs dans le domaine de la prévention et l'investissement des directions administratives et médicales des établissements psychiatriques dans le partenariat pour une évolution de l'offre.
- Le bon maillage de l'offre actuelle qui permet d'envisager des adaptations.

9. Offre à destination de la personne en situation de précarité

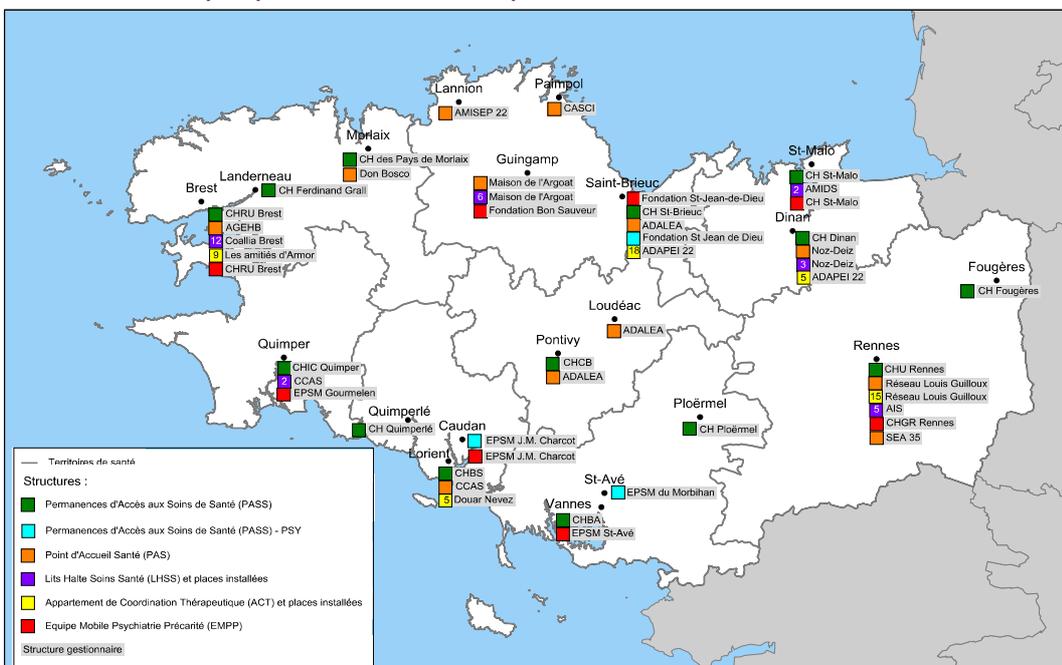
Les termes de "précarité", de "pauvreté" et de "population démunie" sont souvent utilisés de manière indifférente alors qu'ils visent en fait à décrire des réalités bien distinctes. La **précarité** se définit comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux »⁸⁶. Cette notion est plus large que celle de **pauvreté** qui concerne « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent » (Union européenne, 19 décembre 1984). Les **personnes dites « démunies »** relèvent de la grande précarité à savoir un cumul d'absence ou quasi absence de droits ouverts, de revenu et de domicile (les 3 « sans »). Le public dit démunie recouvre principalement les jeunes en errance, les populations migrantes en attente ou sans statut (groupe de population en augmentation exponentielle sur les 5 dernières années) et les populations très désocialisées.

Caractéristiques de l'offre régionale

UNE OFFRE SPECIALISEE A DESTINATION D'UN PUBLIC TRES CIBLE : LES PLUS DEMUNIS OU EN GRANDE PRECARITE.

Les différentes générations de plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui se sont succédé ont permis en région Bretagne la pérennisation et l'évolution d'un dense maillage des dispositifs et actions qui œuvrent pour faciliter l'accès du public démunie au système de santé de droit commun. Cette offre de dispositifs « passerelle » conçus comme facilitateurs pour l'accès au droit commun est très hétérogène, dans son fonctionnement et du fait de sa répartition sur les territoires.

Carte 34 : Structures pour personnes en situation de précarité



Source : FINESS au 01/01/2016 (LHSS, ACT), ARS Bretagne 01/01/2016 (PASS, PAS, EMPP)
 Réalisation ARS Bretagne, Août 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 33 65 km

⁸⁶ Joseph Wresinski, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Paris, Journal officiel, 1987.

17 permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Elles sont implantées au sein des établissements de santé. Elles ont une fonction d'accueil, d'entretien social, d'accès aux droits, de consultations et d'accompagnement des patients en très grande précarité. Elles ont également pour fonction d'intervenir auprès des professionnels de l'établissement pour faciliter le repérage et d'organiser la poursuite des accompagnements. En pratique, en région Bretagne les crédits octroyés aux PASS ont permis de structurer leur fonctionnement au sein de 14 centres hospitaliers généraux et 3 établissements de santé mentale.

On peut observer quelques disparités dans la couverture du territoire régional. En effet, les taux de pauvreté les plus importants se retrouvent dans le Centre-Bretagne et les villes centres des grandes aires urbaines. Or un certain nombre de villes marquées par la précarité sont dépourvues de PASS : Guingamp, Redon, Paimpol ...

Par ailleurs, on observe une problématique générale d'accès aux soins dentaires des publics démunis sur l'ensemble de la région : une seule PASS dentaire est implantée en Bretagne (sur la ville de Lorient).

8 points santé et 2 centres de santé

Il existe 8 points santé en Bretagne proposant un accompagnement « santé » aux personnes en situation de grande précarité. Leur mission consiste à accompagner et à réinscrire les personnes dans un parcours de santé de droit commun. Implantés hors établissements de santé, ce sont des lieux d'accueil, d'accès à la prévention et aux droits et d'orientation pour les populations précaires.

Deux structures, le « point H » de l'AGEBH à Brest et le centre Louis Guilloux à Rennes, ont évolué vers des centres de santé et proposent des consultations médicales gratuites en plus de leurs activités préventives et de promotion de santé de type « points santé ».

Depuis peu, et en réponse à la confrontation des dispositifs santé précarité de l'ensemble de la région aux problématiques de santé des migrants, le réseau Louis Guilloux a développé une fonction d'appui et d'expertise auprès de ces dispositifs en leur proposant formation, échange de pratiques, interprétariat, outils pratiques.

8 équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)

Ces équipes sont constituées essentiellement de temps d'infirmier complété de temps de psychologue et parfois de temps médical (psychiatre ou médecin généraliste). L'intérêt primordial des EMPP pour les personnes précaires est leur mobilité c'est-à-dire leur faculté d'aller vers les publics qui n'accèdent pas à la médecine psychiatrique de secteur du fait de l'absence de domicile. Les interventions de ces équipes mobiles se sont ainsi multipliées auprès des différentes structures sociales et médico-sociales. On constate cependant de fortes disparités concernant le nombre d'interventions. Par ailleurs, même si la répartition des EMPP sur la région est globalement homogène, un certain nombre de territoires demeurent non couverts par le dispositif (pays de Dinan, territoire de Pontivy-Loudéac...).

Autres dispositifs pour les personnes démunies

Une offre complémentaire est apportée par 52 appartements de coordination thérapeutiques (pour les pathologies chroniques sévères) et 38 lits halte soins santé (prise en charge temporaire globale) qui associent hébergement et soins. Ils ont vocation à être mobilisés quand la réponse aux problèmes de santé ne peut plus se faire exclusivement en ambulatoire (au vu des conditions de logement et/ou de la faiblesse des liens sociaux des bénéficiaires). 15 places de lits d'accueil médicalisé sont en cours d'installation et viendront compléter cette offre. Ces lits proposeront un relais à la prise en charge en lits halte soins santé pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés.

Actions en prévention et promotion de la santé

83 actions sont développées sur le territoire breton, chacune d'entre elles pouvant concerner plusieurs territoires. A l'échelle régionale, à l'instar de la situation observée dans l'ensemble des territoires, les publics les plus ciblés sont les personnes en difficulté socio-économique, les personnes sans domicile fixe, les chômeurs et les professionnels qui interviennent auprès de ces publics. Les modes principaux d'intervention sont le développement des aptitudes personnelles, la consultation ou l'accueil individualisé en prévention, l'aide au développement de projet et l'éducation à la santé. Depuis l'année 2015, l'appel à projet en prévention et promotion de la santé de la thématique « Santé/précarité » a été ciblé vers les actions de formation et de sensibilisation des professionnels. Il conviendra d'appréhender de manière plus fine la portée de ces actions sur les territoires en identifiant des ratios par exemple le ratio professionnels formés/population démunie.

Dispositifs dédiés aux personnes placées sous main de justice

Le plan d'actions stratégique relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2010/2014 définit la politique nationale et interministérielle en la matière.

Les soins généraux en établissement pénitentiaire (EP - 7 en Bretagne) sont délivrés dans les unités sanitaires de premier niveau (USPN) implantées au sein des EP⁸⁷. Ce sont des unités hospitalières à part entière, rattachées aux pôles des établissements de santé.

Les hospitalisations de plus de 48h s'effectuent dans l'unité hospitalière sécurisée inter régionale (UHSI) au CHU de Rennes pour les soins somatiques et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) au CH Guillaume-Régnier de Rennes pour les soins psychiatriques. Des chambres sécurisées dans les établissements de santé de recours territorial permettent des hospitalisations inférieures à 48h pour les motifs somatiques.

Pour chaque USPN, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) a été nommé référent et financé. Par ailleurs, des actions de promotion de la santé et de prévention au sein des USPN sont financées par l'ARS chaque année. Dans le CPOM entre l'ARS et l'IREPS⁸⁸ de Bretagne, des actions spécifiques vers les personnes détenues sont également prévues et financées.

Plusieurs grands enjeux de santé de cette population peuvent être identifiés : le bon fonctionnement des USPN au sein des établissements pénitentiaires ; la prise en charge de la santé mentale et la continuité des soins pendant et après l'incarcération ; la consolidation et l'amélioration de l'organisation de soins dentaires, la lutte contre les addictions et la continuité des soins après l'incarcération ainsi que le développement des activités de promotion de santé et de prévention.

LE RECOURS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN POUR LES AUTRES PUBLICS DONT LES PERSONNES EN SITUATION PRECAIRE.

Le PRAPS et l'offre en dispositif « passerelle » ont été élaborés pour répondre aux besoins d'une population ciblée, les plus démunis. La précarité est une notion plus large (l'absence d'une ou plusieurs des sécurités évoquée plus haut). La population dite en situation de précarité a vocation à s'adresser à l'offre de droit commun de prévention, ambulatoire ou hospitalière. Or l'organisation actuelle du système de santé peine à répondre aux enjeux de santé de ce large public. Un nombre important d'études menées au niveau national et international mettent en évidence un lien direct entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale conduisant à ce qu'on appelle les **inégalités sociales de santé**. Sans pour autant développer une offre spécialisée, il convient que l'offre de droit commun prenne davantage en compte cette problématique.

⁸⁷ Ces unités étaient auparavant dénommées « unités de consultations et de soins ambulatoires » (UCSA).

⁸⁸ Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé.

Enjeux et perspectives

STRUCTURER SUR UN TERRITOIRE DE PROXIMITE L'OFFRE EN REPONSE AUX BESOINS DES PLUS DEMUNIS

L'enjeu n'est pas de mailler intégralement la région par l'ensemble du panel de dispositifs « passerelle » à destination des publics démunis, mais de structurer une offre qui, par la complémentarité des dispositifs, permettra de répondre à un socle de missions définies régionalement : accueil, réalisation d'un entretien social, régularisation des droits sociaux, actions de promotion de santé, entretien infirmier, accès à une consultation médicale, de dépistage ou d'odontologie, soutien psychologique, soins spécialisés, accompagnement vers une prise en charge de droit commun, orientation vers les dispositifs d'insertion et d'hébergement...

ARTICULER LES DISPOSITIFS « PASSERELLE » AVEC L'OFFRE DE DROIT COMMUN DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

Il importe que l'accompagnement des populations démunies soit circonscrit dans le temps et que ces personnes puissent accéder sans difficultés aux dispositifs de droit commun. Dès lors, il convient que les différents dispositifs dits « passerelle » travaillent en réseau avec les partenaires du système sanitaire (médecins généralistes, consultations spécialisées, centres de santé ...), du secteur médico-social (points santé, CSAPA, ACT, LHSS, SAMSAH) et social (structures d'hébergement, hébergement d'urgence, CHRS, CADA, mandataires judiciaire, SAVS...) afin qu'au-delà de la réponse à la problématique de santé, les professionnels se coordonnent pour répondre à l'ensemble des besoins de la personne dans une logique de parcours.

Ce travail en réseau devra aboutir à :

- Une meilleure coordination des professionnels autour des situations individuelles de personnes y compris les plus complexes.
- Mettre en place des actions au long cours afin de favoriser cette approche du parcours de vie et cette transition vers les dispositifs de droit commun.

CONCEVOIR UNE STRATEGIE EN REPONSE AUX ENJEUX DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La mise en évidence d'un lien direct entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale a conduit au développement de la notion d'inégalités sociales de santé. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise que la politique de santé tend « à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales (...) ». La notion de « gradient social »⁸⁹ a été développée au niveau international pour décrire ce phénomène dont les origines sont souvent extérieures⁹⁰ au système de soins. Il importe désormais que l'ARS développe une stratégie afin d'inciter les acteurs régionaux à expérimenter des modalités d'action innovantes en réponse à ces nouveaux enjeux de santé :

- En mobilisant l'offre de droit commun pour concevoir des modalités de réponses dont l'intensité pourrait varier au regard du degré de désavantage des personnes.

⁸⁹ « Le gradient social sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons. » Guichard et Potevin, La réduction des inégalités sociales : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

⁹⁰ Le concept de déterminants sociaux de santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se convertissent en inégalités de santé. Outre les facteurs héréditaires, les comportements individuels (tabac, alcool, alimentation, activité physique), l'impact sur la santé des conditions de vie (emploi, logement, transport, environnement, accès à la culture, réseaux sociaux) a pu être démontré.

- En mobilisant ses partenaires institutionnels (collectivités territoriales, Education nationale, DIRECCTE, DREAL, Cohésion sociale...) qui seraient en capacité d'agir en amont sur les déterminants de santé.