



Projet Régional de Santé 2018 – 2022 : la CRSA Bretagne s'engage

Texte approuvé
par l'assemblée plénière de la CRSA Bretagne
à l'unanimité moins deux abstentions
31 janvier 2017 - Pontivy

Propos du Président

Avec cette contribution de la CRSA Bretagne au Projet Régional de Santé 2018-2022 adoptée le 31 janvier 2017, je remercie d'abord tous ceux qui y ont apporté leur pierre. Ce texte est le résultat de longs travaux qui ont commencé dès juin 2016. Nous avons sollicité les analyses, les réflexions, les propositions de tous les acteurs régionaux. Ce texte est ainsi un produit de la démocratie représentative consultative de la société civile dans le champ de la santé.

Par ce texte de la CRSA Bretagne, il s'agit de se projeter dans les dix années à venir pour améliorer notre système de santé en région. Celui-ci doit répondre au mieux aux besoins de santé, à leur évolution déjà repérable par les données de l'épidémiologie, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques. Nous sommes fiers de la richesse d'expériences, d'engagements de professionnels dans une organisation régionale qui montre ses qualités. Cependant, le monde évolue ; les connaissances scientifiques et les technologies se développent. La recherche de haut niveau doit être soutenue en Bretagne. Mais des adaptations sont nécessaires y compris dans les organisations et la gouvernance. Elles doivent s'appuyer sur des valeurs humanistes avec comme élément incontournable et permanent d'attention : le patient, l'utilisateur et sa famille. Quelles que soient les évolutions de l'offre, des dispositifs, des techniques, ce doit toujours être avec l'accord et au bénéfice du patient, de l'utilisateur.

Si notre région dispose d'un état de santé globalement favorable, nous sommes confrontés à de fortes inégalités sociales et territoriales de santé, inégalités que nous devons collectivement combattre. Elles doivent être l'une des priorités majeures de toute politique de santé devant viser à mobiliser tous les professionnels, l'Etat et les offreurs de dispositifs. Le système de santé est nécessairement corrélatif d'un projet de société.

La politique publique de santé contribue au ciment de ce qui fait notre société humaine. Sa transversalité renforce les valeurs de notre démocratie, l'égalité, la fraternité-solidarité, la cohésion sociale. Pour toute pensée d'une politique publique ou des dispositifs, l'approche globale de la santé reposant sur au moins quatre éléments principaux : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie, l'organisation des soins, des prises en charge et accompagnements de santé, contraint à soutenir et faciliter toutes les coordinations nécessaires pour améliorer le système, ainsi qu'à la vigilance d'une réflexion éthique. La démocratie en santé continuera à y contribuer ainsi qu'à garantir la poursuite du débat public.

Bernard Gaillard

Président CRSA Bretagne

bernard.gaillard1@aliceadsl.fr



Préambule

Nous partageons collectivement les valeurs fondatrices d'une protection sociale, d'un système de santé issues du Conseil National de la Résistance de 1945. Ces valeurs portent notamment sur la solidarité et l'égalité, valeurs de notre république.

Cependant, notre société a bien changé : notre démographie avec un vieillissement de la population, nos liens sociaux, les progrès de la science et des technologies, l'espérance de vie, la libre circulation des personnes et des idées, nos institutions démocratiques, nos organisations territoriales, nos organisations sociales, nos pratiques sociales... Une réflexion globale est incontournable aujourd'hui pour tenir compte des évolutions et repérer les enjeux majeurs auxquels est confronté notre système de santé, l'évolution de ses organisations, de sa gouvernance, de ses modes de financements.

Inévitablement, le prochain PRS doit prendre en compte l'ensemble de ces données : la sauvegarde de ce Pacte réside dans de nombreuses adaptations, et pour reprendre Tomasi di Lampedusa dans le Guépard, *« si nous voulons que tout reste tel que c'est, il faut que tout change »*.

En effet, nous le constatons de plus en plus, la protection de l'ensemble de nos concitoyens soulève de nombreuses difficultés tant les situations sont particulières : géographiques, financières, culturelles.

D'une part, Il apparaît bien aujourd'hui nécessaire de repenser au cours des dix prochaines années, le système de prise en charge de l'offre de soins associée à l'idée plus globale de santé, avec l'usager et aussi plus largement la population, pleinement acteur de son bien-être. Un nouveau modèle est à penser. Le parcours de santé va du "Domicile au Domicile" dès le plus jeune âge avec pour prescripteur le médecin de ville. La médecine libérale doit pleinement recouvrer son attractivité et la médecine hospitalière doit être consolidée dans ses missions de recours ; l'organisation sociale et médico-sociale devient indissociable de la problématique du vieillissement, en particulier les personnes en situation de handicap.

D'autre part, il s'agira de reconsidérer la santé, aujourd'hui strictement envisagée comme une charge ou une dette, et demain, comme une chance distinctive du modèle français, facteur de croissance en termes économiques et de bien-être collectif. Ce renversement de perspective rend plus indispensable la couverture sociale qu'il faut préserver, en adaptant son financement avec le vieillissement de la population. L'initiative entrepreneuriale et le tissu industriel et commercial de Bretagne seront pleinement parties prenantes des enjeux de santé.

Préserver et consolider ce système de santé et de couverture sociale, c'est un peu le défi assigné à ce futur PRS. Et c'est la mission – et la volonté- de la démocratie en Santé d'y apporter une contribution forte. C'est pourquoi la prise en compte de valeurs universelles dans la connaissance pleine et entière de nos réalités est exprimée dans ce document

La CRSA souhaite traduire cette volonté de protéger notre héritage en l'adaptant à l'ensemble de ces défis.



Les principes de la démarche contributive de la CRSA

Ce texte de la CRSA Bretagne porte sur le futur Projet Régional de Santé 2018-2022 qui viendra se substituer au Projet Régional de Santé adopté pour 2012-2016.

Ce Projet Régional de Santé comportait neuf principes d'actions et trois priorités : prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ; améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement ; favoriser l'accès à des soins de qualité.

Avant de donner l'avis formel réglementaire prévu au 2e semestre 2017, la CRSA Bretagne, seul organisme régional légal de démocratie en santé, s'est engagée, en lien avec l'ARS, dans une réflexion sur un véritable projet de santé et d'accompagnement en Bretagne, un véritable projet de santé lié à notre société actuelle dans sa globalité et pour les dix ans à venir.

Ce texte de la CRSA qui n'a pas une visée d'exhaustivité, est le résultat d'une démarche très participative au sein de la CRSA Bretagne elle-même et à l'extérieur en sollicitant les contributions, propositions de l'ensemble des organisations, fédérations, mouvements, associations, unions régionales, collectivités territoriales concernées.

La CRSA a sollicité les huit Conférences de Territoires en 2016 ; cette sollicitation est renouvelée pour les futurs sept Conseils Territoriaux de Santé de Bretagne. Démarche participative et ouverte pour aboutir à une contribution globale le plus possible partagée par les acteurs. Le système de santé est l'affaire de tous.

La CRSA Bretagne a d'abord relevé et repéré, entre autres grâce aux acteurs et aux usagers, les insuffisances, voire les défaillances mais aussi les points forts de notre système actuel de santé en Bretagne. C'est de ce repérage premier que nous pouvons engager une réflexion sur les nouveaux objectifs à dix ans. L'évolution du système de santé doit tenir compte des évolutions des politiques publiques mais aussi des évolutions de nos pratiques sociétales. Les notions de mise en réseau, de maillage territorial, d'égalité ou d'équité territoriale deviennent très présentes dans nos discours et préoccupations. Il n'y pas d'égalité sans solidarité. Nos responsabilités individuelles et collectives amènent à mettre inévitablement en perspective l'efficacité du système et les

choix collectifs à effectuer sur la santé en tant que politique publique. Tout un chacun est acteur et utilisateur des dispositifs de cette politique publique.

La CRSA Bretagne, dans la mission qui est la sienne et au service de l'intérêt général, ne peut qu'anticiper dès maintenant sur les nécessaires évaluations à procéder, notamment en lien avec les attentes des acteurs et la qualité des prises en charge et accompagnements.

Ce texte de la CRSA anticipe la question de l'évaluation

Au titre de l'article 1er du titre liminaire de la loi du 17 décembre 2015, « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État* ». L'article L. 1411-1 précise que « *la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun* ».

Ainsi, dans le cadre de l'adoption du futur Projet Régional de Santé ; le Directeur Général de l'ARS Bretagne a communiqué un projet de Cadre d'Orientations Stratégiques. Ci-après pour rappel, un extrait de son courriel.

« La période des mois de novembre et décembre 2016 est consacrée à la bonne identification de nos objectifs et priorités en santé. Afin de permettre une large concertation de l'ensemble de nos partenaires et une participation active de chacun à cette réflexion, les documents suivants sont mis à votre disposition :

- un premier diagnostic de l'état de santé de la population bretonne et de l'offre de santé disponible sur la région, avec un bilan des actions menées sur la période 2012-16,

- une note relative au cadre d'orientations stratégiques (COS) qui identifie les principes d'actions, enjeux et objectifs stratégiques du futur Projet Régional de Santé ».

Dans la note d'Orientations stratégiques présentée par l'ARS, il est précisé que le cadre d'orientations stratégiques détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social.

De par la loi, ces objectifs portent sur l'organisation des parcours de santé ; le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements ; les effets sur les déterminants de santé ; le respect et la promotion des droits des usagers. La loi pose ainsi la question de l'évaluation.

La CSDU de la CRSA Bretagne est déjà chargée de ce dernier point en travaillant à partir des documents que doit élaborer l'ARS pour une validation en plénière CRSA puis transmise à la Conférence Nationale de Santé. Maintenant, la CRSA par la loi est aussi chargée de « *procéder, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation de la qualité des prises en charge et des accompagnements* » en lien avec les

Conseils Territoriaux de Santé qui, eux, contribuent « à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé ».

Ainsi, les organismes et instances de démocratie en santé sont mandatés pour procéder et contribuer à l'évaluation continue. C'est un enjeu important qu'il faut préparer collectivement avec l'accompagnement de l'ARS. A noter également que le Projet Régional de Santé peut être sujet à révision pour s'ajuster aux évolutions des problématiques de santé en région, aux évolutions organisationnelles.

Il faut savoir s'appuyer sur les expériences positives et prendre le temps de la réflexion.

Concernant les modalités "de suivi et d'évaluation " (Art R1434-5), le deuxième alinéa doit être complété ainsi: « *L'Agence Régionale de Santé précise, avec la CRSA, les modalités de suivi et d'évaluation des dispositions prévues...* » La CRSA Bretagne soutient la nécessité d'une double évaluation des dispositifs par l'ARS et la CRSA, d'autant que la CRSA Bretagne est un organisme indépendant, indépendance indispensable à toute action d'évaluation.

De ce point de vue, nous nous félicitons des évolutions et en particulier sur deux points :

- le délai de consultation porté de deux à trois mois,
- la question de l'évaluation

La CRSA procède, c'est-à-dire effectue avec la contribution d'autres acteurs ou instances. Une méthodologie d'évaluation est à construire, l'ARS devant en fournir les moyens opérationnels.

Ce texte de la CRSA s'appuie sur la note de l'ARS sur le cadre d'orientations stratégiques (COS)

La note présentée par l'ARS Bretagne repère essentiellement six principes principaux d'action :

- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé
- Le décloisonnement du système de santé au bénéfice d'une prise en charge globale des besoins de la personne
- La gestion efficiente des moyens mis à disposition de la politique de santé
- La recherche de la participation de la population au fonctionnement du système de santé
- Le développement du dialogue entre les acteurs du système de santé et avec les acteurs institutionnels
- Une observation du système de santé et une expertise de son fonctionnement

Les enjeux repérés sont liés à la démographie et à l'état de santé de la population bretonne ; liés à l'organisation du système de santé ; liés à la place de la santé dans le maintien de la cohésion sociale.

Les objectifs stratégiques proposés pour le Projet Régional de Santé de Bretagne sont au nombre de sept :

- Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie
- Garantir l'accès à une offre de santé adaptée aux besoins de la population au plus près de son domicile
- Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie de la population par une organisation plus coordonnée des acteurs
- Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge
- Développer la performance et l'innovation dans le système de santé
- Mieux préparer le système de santé aux événements exceptionnels
- Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale.

Pour rappel, dans son avis unanime du 14 janvier 2016 à propos des projets de décrets liés à la loi de santé adoptée le 17 décembre 2015, la CRSA Bretagne soulignait que *« les nouveaux textes devraient renforcer la démocratie en santé sur la base d'un fonctionnement participatif affirmant et reconnaissant le rôle de chacun. La démocratie en santé est essentielle pour notre société actuelle. Ces textes doivent reconnaître le rôle et un statut pour tous les représentants désignés dans les instances légales de démocratie en santé. Il est du rôle des services de l'Etat et de sa responsabilité de tout mettre en œuvre pour faciliter l'exercice des missions de ces représentants »*.

Les nouveaux décrets devraient tendre à faire renforcer l'information des représentants au sein des instances de démocratie en santé, à donner aux instances CRSA-CT les moyens matériels et humains de fonctionner. Il apparaît important pour leurs membres d'avoir accès à toutes les sources d'information et données dont disposent actuellement les ARS et les différents services de l'Etat, ceci afin de pouvoir fonder leurs propres avis. Des sessions de formation devraient leur être proposées avec l'intervention de spécialistes (ARS, Ministères, chercheurs...).

Et à propos du Projet Régional de Santé, selon l'Art R1434-1, les CRSA disposent de deux mois à compter de la publication sous forme électronique de l'avis de consultation pour transmettre leur avis.

Nous avons maintes fois déclaré que ce délai est notoirement insuffisant, et met en doute la volonté de l'Etat de soutenir les instances de démocratie en santé, et notamment la plénière, qui ont leur propre calendrier d'instances. Ce délai de réponse doit être porté à trois mois. Cet article doit également comporter l'obligation pour le représentant de l'Etat en région de veiller à ce que ce délai intègre la date de la réunion plénière CRSA si elle a été rendue publique. Afin d'éviter tout déni de démocratie, l'article doit comporter

l'obligation pour le représentant de l'Etat en région de motiver et argumenter son arrêté quand il ne correspond pas pleinement à l'avis de la CRSA.

Selon l'article Art R1434-3 et 4, le Projet Régional de Santé comportait auparavant plusieurs schémas : Schéma régional de Prévention, Schéma régional d'Organisation des soins et Schéma régional d'organisation médico-sociale.

Dorénavant, il n'y a plus que le seul Schéma Régional de Santé. Si le fait de regrouper le sanitaire et le médico-social est une bonne chose en donnant de la cohérence au projet, il s'agit de bien identifier le rôle et la place respectifs des différents champs, en particulier la place incontournable du social et du médico-social dans le parcours de soin.

Dorénavant, le projet régional de santé est constitué de 3 documents :

- Un cadre d'orientation stratégique voté tous les 10 ans après évaluation.
- Un schéma régional de santé adopté tous les 5 ans.
- Un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies également voté tous les 5 ans.

Nous prenons acte de ce nouveau dispositif et du souhait de regrouper, dans un même document, le schéma régional de prévention, le schéma régional de l'organisation des soins et le schéma régional d'organisation médico-social. Pour ce qui concerne le schéma prévention fusionné avec les deux autres, la nécessaire prise en compte croissante de la prévention interroge l'intérêt de la séparation entre préventif et curatif.

L'existence d'un seul Schéma Régional de Santé qui se déclinera dans les différents champs et domaines justifie le maintien de différentes commissions spécialisées de la CRSA, lieux de dialogue et d'exercice de la démocratie, mais en renforçant la transversalité de leurs travaux.

Le législateur a cru bon de rajouter une prise en charge spécifique pour "l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies". On perçoit sa préoccupation quant à l'amélioration de la santé de cette population. Pour autant, faut-il créer un programme régional spécifique et annoncé comme tel? D'autres populations pourraient également bénéficier de dispositions spécifiques au même titre. Il faut insister sur l'importance des actions envers ces populations défavorisées ou éloignées des dispositions de soins et prises en charge.

La CRSA Bretagne a mis en place dès juin 2016, en lien étroit avec le Directeur Général de l'ARS Bretagne, une dynamique d'élaboration plurielle multi-partenariale avec toutes celles, tous ceux, les Conférences de Territoires et futures Conseils Territoriaux de Santé, toutes les collectivités, tous les groupements, fédérations et mouvements qui le souhaitent, pour partager et produire des propositions, des contributions en lien avec les différentes instances de la CRSA Bretagne, les différents groupes de travail.

L'échéance du 31 janvier 2017 à laquelle correspond ce texte contributif est l'une des étapes.

Ce texte de la CRSA s'appuie sur des travaux contributifs

Cette large contribution vise à réunir de manière convergente les riches travaux contributifs. De plus, il faut tenir compte des contributions autres non incluses éventuellement mises en annexe si la CRSA Bretagne a connaissance de celles-ci comme l'appréciation de l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne, à savoir :

« A l'heure où la recherche globale et continue de la qualité des services délivrés aux usagers par les professionnels de santé constitue une ambition légitime mais difficile à atteindre, il est licite de savoir ce qui est réellement fait afin de donner une meilleure visibilité (et meilleure compréhension par les usagers profanes) à la qualité des prises en charge réalisées dans les hôpitaux. Ainsi si l'on prend l'exemple de la santé mentale, la Haute Autorité de santé (HAS), depuis la fin 2013, a défini trois axes de travail prioritaires visant à améliorer la qualité en psychiatrie. Ils concernent la prise en charge de la dépression, le parcours des personnes en situation de handicap psychique et, enfin, les droits et la sécurité en psychiatrie. L'adoption de divers standards, en accord avec les données acquises de la science, peut certes favoriser la coordination des soins et l'émergence de cette précieuse qualité, que cela concerne d'ailleurs les soins psychiatriques, médicaux, ou obstétricaux et chirurgicaux... Ce débat sur la qualité doit aussi être mené en préservant l'accès aux soins, le droit des malades et les intérêts de leurs familles, ainsi que la réalité de la mise en place des alternatives à l'hospitalisation (pour ex. en psychiatrie les équipes mobiles intersectorielles, les consultations avancées, le travail de secteur constituent un exemple de ce qui doit être fait en santé mentale). »

Pour envisager un Projet Régional de Santé pour demain, il faut tenir compte de la situation actuelle de la santé des bretons, de l'état et de l'efficacité de l'offre.

Il faut d'abord poser quelques constats.

Sans doute de manière non exhaustive, ceux-ci peuvent se formuler ainsi :

- Il existe des inégalités sociales et territoriales en santé ;
- L'accessibilité, l'égalité d'accès, l'offre globale en santé selon les territoires et les champs (exemples du handicap, de la dépendance personne âgée, la réponse adéquate aux urgences sanitaires...) ne sont pas satisfaisantes ;
- Le système de santé est encore trop cloisonné. Il ne permet pas une prise en charge globale de la personne ;
- La gestion des moyens en santé n'apparaît pas assez efficiente ;
- La population est insuffisamment impliquée dans le dispositif de santé publique, la prévention et la promotion de la santé ;

- Le dialogue apparaît encore trop réduit entre les acteurs (usagers, professionnels, élus, représentants de la démocratie en santé) et les acteurs institutionnels.

Ce texte de la CRSA s'appuie sur ses travaux antérieurs

Pour penser le futur Projet Régional de Santé, il faut également s'appuyer sur les ressources repérées et les engagements pris.

Il y a les engagements existant dans la loi, et donc applicables à la Bretagne : la prévention comme première des priorités ; priorité à la démocratie en santé.

La CRSA Bretagne estime que, dans l'approche globale de la santé et des politiques publiques de prévention et de promotion de la santé, les objectifs du PRSE¹ et du PRST² doivent être intégrés. Les enjeux repérés par l'ARS sur la santé environnement et la santé au travail sont insuffisants. Ils doivent mieux prendre en compte les demandes et l'analyse des besoins de santé et d'accompagnements par les acteurs eux-mêmes.

Nous avons une nécessité de prise en compte des spécificités de la région Bretagne dans le cadre du projet régional de santé et notamment vis à vis de la population âgée en Bretagne. En effet la Bretagne est un territoire qui connaît un phénomène de retour au pays lors de la retraite. Il en résulte un pourcentage de personnes âgées plus important que dans d'autres régions de France. Cela implique que les ratios d'équipements et de services nécessaires à cette population intègrent cette donnée, et en tiennent compte.

Il faut aussi souligner que ces familles qui reviennent « au pays » lors de la retraite et qui ont un enfant en situation de handicap reviennent avec cet enfant et donc cela modifie les ratios de besoins en réponses pour ces personnes en Bretagne.

Cette thématique de réponses aux besoins des personnes est à corrélérer avec les observatoires qui sont évoqués déjà dans le PRS 1 et qui ne sont toujours pas mis en place 5 Ans après. C'est ainsi que les réponses qui sont proposées notamment pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap notamment via le PRIAC ne correspondent pas aux plans de compensation du handicap tels que prononcés par les maisons départementales des personnes handicapées. Lors de la mise en place de ces observatoires régionaux et départementaux il est important que les représentants des usagers puissent être participants. On ne peut, comme le prévoit la loi de santé, construire une politique de santé si on n'y associe pas les personnes concernées.

L'Observatoire sur la santé des bretons pointe un certain nombre d'aspects comme les incidences du travail et notamment les troubles musculo- squelettiques qui engendrent des mises en invalidité nombreuses et aussi des coûts importants en matière de santé. Il apparaît absolument nécessaire que le projet régional de santé puisse intégrer ces aspects de prévention notamment sur la santé au travail. Comment peut-on concevoir un projet régional de santé sans prendre en compte la santé au travail ?

¹ PRSE Programme régional santé environnement

² PRST Plan Régional Santé au Travail

L'enjeu du Projet Régional de Santé n'est pas d'avoir un document hors des problématiques de terrain, hors des réalités situationnelles et organisationnelles vécues. Nous devons prendre en compte les éléments des rapports sur le respect des droits des usagers élaborés annuellement par la CSDU et validés en plénière CRSA Bretagne, ainsi que l'ensemble des éléments des instances professionnelles et de représentations d'usagers.

D'autre part, nous avons nos engagements précédents :

- le soutien à la recherche clinique comme facteur des guérisons de demain ;
- le soutien à la prise en compte des évolutions des savoirs et des technologies comme bénéfiques pour les prises en charges de santé et d'accompagnement ;
- le soutien à la prise en compte territoriale des acteurs de santé comme facteur de cohérence des prises en charges.

Nous avons nos engagements par la signature régionale le 13 octobre 2015 de la Charte Romain Jacob sur l'accès à la santé des personnes en situation de handicap. Nous avons organisé un débat public le 22 octobre 2015 autour du rapport Piveteau en présence de M-S. Desaulle.

Le Projet Régional de Santé est un projet et non un programme. Sa lisibilité se fonde sur les orientations prioritaires, autant d'engagements de l'ARS sur des objectifs précis. Le discours de bonnes intentions n'est pas suffisant. Ses orientations prioritaires et leurs motivations stratégiques doivent pouvoir impliquer l'ensemble des acteurs. La CRSA Bretagne s'engage sur quelques principes d'actions à opérationnaliser dans les dix ans à venir.

En conclusion, la CRSA Bretagne affirme les orientations prioritaires et principes ci-dessous avec un même niveau de priorité, déclinaison des valeurs universelles de bien-être et de santé, constitutives de notre solidarité et du vivre ensemble.

Dans ce cadre, la CRSA entend, de façon forte, soulever des situations qui ne peuvent perdurer :

- ❖ **Pas une personne en situation de handicap sans réponse adéquate et rapide aux prises en charge en santé, en soins, en prévention, en accompagnement selon ses besoins ;**
- ❖ **Zéro sans solution rapide et satisfaisante pour tout citoyen à ses besoins de santé et d'accompagnement ;**
- ❖ **Personne sans soins adéquats possibles au plus proche de son domicile ou en ambulatoire à domicile ;**
- ❖ **Aucun territoire, aucune population sans actions de prévention et d'éducation à la santé si les besoins sont repérés ;**
- ❖ **Aucune population exclue du système de santé ;**

- ❖ **Aucune personne sans accueil rapide à du soin ou une prise en charge adéquate correspondant à ses besoins ;**
- ❖ **Personne sans entrée efficiente, rapide et garantie dans un parcours de santé selon ses besoins ;**
- ❖ **Aucune rupture pour les citoyens dans leurs parcours de santé ;**
- ❖ **L'approche territoriale de la santé, tout programme devant s'appuyer sur la spécificité des territoires et l'expertise des acteurs de terrain.**

Face aux constats repérés ci-dessus, il s'agit de :

- ❖ **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales en santé, et les réduire de manière significative avec affichage de l'objectif à 5 et 10 ans ;**
- ❖ **Améliorer la coordination des interventions professionnelles dans le temps l'espace et selon les besoins, et afficher les résultats en termes de décroissements opérés ;**
- ❖ **Travailler sur la pertinence des soins, à une meilleure répartition des ressources sur le territoire, avec un regard sur les territoires hors métropoles ;**
- ❖ **Viser une participation plus active des malades et des usagers dans leurs parcours avec l'évaluation des outils des professionnels mettant en œuvre cette participation**
- ❖ **Reconnaître et soutenir l'œuvre des soignants et des autres professionnels de l'accompagnement ;**
- ❖ **Accroître la place des usagers dans toutes les structures, place comme ressource du système de santé ;**
- ❖ **Améliorer la coordination ville /hôpital associé à un partenariat actif avec les collectivités territoriales, régionales, et les mouvements professionnels, associatifs, mutualistes reconnus ;**
- ❖ **Augmenter la véritable concertation avec la Démocratie en santé, les Comités d'Usagers ;**
- ❖ **Développer le débat public, l'une des missions de la CRSA Bretagne ;**

❖ Faciliter l'appropriation par tous, des enjeux, des actions ... par les acteurs.

La CRSA Bretagne avance des principes à opérationnaliser avec des objectifs à court terme et à dix ans.

Les objectifs repérés sont autant de critères d'évaluation que la CRSA Bretagne retient dès maintenant et que pourra utiliser son groupe de travail spécifique sur l'évaluation : recherche de qualité des services, de cohérence et d'efficacité du système de santé sont premiers dans un Projet Régional de Santé.

La CRSA soutient l'impératif éthique et déontologique de non-discrimination de la part des professionnels et institutions, tant publics que privés. Toutes les personnes, quelle que soit leur pathologie, leur situation économique, sociale, administrative, doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge optimale.

Le texte d'orientation de la CRSA Bretagne sur le Projet Régional de Santé s'appuie sur les très nombreuses contributions, mais aussi sur le pari des ressources que nous avons collectivement en Bretagne chez les professionnels, dans nos organisations, dans nos mouvements associatifs dans un esprit commun de contribution.

Une citation parmi d'autres possibles : *« Notre système de santé doit relever les grands défis de société présents et à venir, comme la précarisation de la population, son vieillissement, et la prise en charge des pathologies chroniques. La politique de santé doit prendre en compte tous les déterminants de la santé et réduire les inégalités de santé. Elle doit trouver un équilibre entre amélioration de l'état de santé de la population et régulation économique tout en préservant la cohésion sociale et la solidarité »*. P-H. Bréchat et al., (2012) *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP.



Construire et suivre ensemble la politique régionale de santé

Le nouveau Projet Régional de Santé doit d'abord être une réponse aux attentes des usagers et permettre à ceux-ci de prendre toute leur place avec les professionnels de santé. Secondairement pour qu'un Projet Régional de Santé fonctionne, il doit s'appuyer sur une gouvernance. Il doit être lisible, être un instrument opérationnel au service du projet. Poser la question de la gouvernance, c'est poser la question de la dynamique, de la démocratie, de la transparence des financements et des processus de décision.

L'utilisateur est l'acteur essentiel de son trajet de santé.

Il s'agit de penser l'utilisateur acteur de sa trajectoire de soin, de sa trajectoire de santé, par conséquent de sa trajectoire de vie, et ainsi des manières de l'associer dans cette politique régionale de santé. Comment lui donner une capacité d'agir ? La notion d'utilisateur est à définir. Nous devons estimer qu'avant d'être usager, nous sommes d'abord un citoyen. Le Projet Régional de Santé concerne tous les citoyens et leurs représentants. A remarquer que les soignants sont aussi des citoyens.

Ce citoyen commence d'abord par un statut et un « être bébé ». Nous indiquons par là qu'il ne faut pas l'oublier dans notre réflexion pour le futur Projet Régional de Santé, avec une importance toute particulière à la question de la prévention. Le Projet Régional de Santé doit prendre en compte la nécessité d'information et de formation du citoyen au système de soin. Une éducation à la santé comme appropriation de sa bonne santé doit être organisée pour permettre une meilleure appropriation du citoyen, en tant qu'utilisateur potentiel. Il s'agit de viser à ce que le citoyen se prenne en charge plutôt que d'être en attente et en dépendance par rapport au système. Ceci pourrait se faire par une mobilisation massive auprès des personnes par anticipation à leur « statut » d'utilisateur pour être de véritables acteurs de leur santé.

L'utilisateur se faisant représenter par ce qui est nommé « représentant des usagers », ce dernier doit pouvoir participer par sa réflexion et ses analyses à tous les moments et lieux du système de santé. Sa place n'est pas toujours aisée ni toujours facilitée. Il a été noté des défauts d'articulation entre les enquêtes de satisfaction des usagers à la sortie des établissements, entre les commissions des usagers dans les instances et le peu de contact avec les représentants des usagers. Il est essentiel que le représentant des usagers soit pleinement reconnu et associé à la définition et au suivi d'une politique de santé, qu'il soit reconnu dans les dispositifs territoriaux, hospitaliers et de proximité.

La formation du représentant des usagers est fondamentale. La place des représentants des usagers n'est pas toujours très confortable puisque le plus souvent bénévole. Cela demande un investissement personnel important. Aussi, il est noté la difficulté de recruter des représentants dans toutes les instances faute de temps et de moyens pour remplir pleinement leur mission. Le représentant devant devenir de plus en plus un expert, expertise acquise par la formation chronophage et coûteuse (perte de salaire, frais de déplacement insuffisamment remboursés).

Le statut de représentant des usagers avec les moyens alloués adéquats n'est pas suffisamment formalisé dans toutes les instances en démocratie en santé, dans les lieux de concertation, ni spécifié dans la loi. Pour la formation et la sensibilisation des membres, la CRSA peut organiser annuellement en plénière un atelier par grande priorité.

La CRSA Bretagne plénière de juin 2014 a adopté, parmi d'autres, les recommandations suivantes:

- poursuivre une dynamique ouverte, anticipatrice et responsable de la CRSA, notamment par sa capacité à s'autosaisir de toute question concernant la politique de la santé dans la région : notamment la santé au travail, le plan régional santé environnement, l'utilisation du FIR ; questions émergeant de ses membres ou soumises par les mouvements qui la constituent ;
- augmenter les transversalités entre les commissions, entre CRSA et Conférences de territoires, entre membres et mouvements des instances. Par exemple, c'est la systématisation d'une transmission du rapport sur le respect des droits des usagers à toutes les commissions avant la soumission à la plénière. Sans oublier la dimension chronophage, chaque commission doit, a minima, avoir communication des travaux des autres commissions;
- Elaborer une stratégie de communication de la CRSA supposant une communication propre avec des moyens spécifiques, une diffusion de ses travaux ; s'appuyer sur les réseaux déjà existants (réseaux institutionnels, réseaux d'usagers...);
- Développer les liens entre CRSA et conférences de territoires, Délégations territoriales, avec le Conseil Economique, Social et Environnemental Régional Bretagne, le Conseil Régional, les Conseils Départementaux, Métropoles;
- Que les représentants des usagers puissent, par une procédure validée, alerter les membres de la CRSA de situations préoccupantes afin qu'elle puisse éventuellement prendre position et/ou apporter un éclairage vis-à-vis d'enjeux de santé publique ;
- Dans une position citoyenne de la CRSA, exercer une vigilance sur le plan éthique, concernant par exemple des garanties de confidentialité et de respect de la personne.

De plus, le 14 janvier 2016, de manière unanime, la CRSA Bretagne soutient que « *La démocratie en santé est essentielle pour notre société actuelle. Les textes doivent reconnaître le rôle et un statut pour tous les représentants désignés dans les instances légales de démocratie en santé. Le rôle des services de l'Etat est de tout mettre en œuvre pour faciliter l'exercice des missions de ces représentants. Les nouveaux décrets devraient tendre à faire renforcer l'information des représentants au sein des instances de démocratie en santé, à donner aux instances CRSA-CT les moyens matériels et humains de fonctionner. Il apparaît important pour leurs membres d'avoir accès à toutes les sources d'information et données dont disposent actuellement les ARS et les différents services de l'Etat, ceci afin de pouvoir fonder leurs propres avis. Des sessions de formation devraient leur être proposées avec l'intervention de spécialistes (ARS, Ministères, chercheurs...)* ».

Il faut supprimer le cloisonnement entre les acteurs :

La priorité à donner au projet de vie, projet de soins au sein des structures, sur le regroupement populationnel, ou par tranche d'âge, « *On ne fait bien que ce qu'on fait beaucoup* ». Donc il faut des structures organisées autour d'un projet et regroupant la population qui en relève.

Dans une organisation administrative où les délégations de compétences demeurent encore très cloisonnées, (Région, Conseil départemental, Pays, EPCI, MDPH, Territoire de démocratie en santé, etc....), comment organiser une transversalité territoriale, comment organiser un dialogue permanent et opérationnel ? Un lieu actuel de décroisonnement existe ; c'est la CRSA Bretagne, composée de différents représentants d'acteurs régionaux en santé.

Le décroisonnement passe par la prise de conscience de tous les âges de la vie, la prise de conscience que chacun va, au cours de sa vie, être confronté à de multiples structures et types de professionnels.

Le décroisonnement permet d'impulser des priorités. Comment construire des passerelles fluides, opérationnelles et pertinentes entre tous les acteurs, qui assurent l'accompagnement des personnes tout le long de leur parcours de santé et de vie ? Les acteurs ont différents positionnements. C'est le parcours de l'utilisateur, le souci de la meilleure réponse aux besoins des usagers qui doivent fédérer les positionnements.

En termes de cloisonnement nous pouvons aussi citer les différents plans et schémas qui sont mis en place sans liens suffisants entre eux.

Le travail sur le décroisonnement des acteurs passe par des actions pour amener ceux-ci à mieux se connaître. Nous notons comme préjudiciable les pertes de communication, les informations qui ne passent pas entre les diverses instances, chacun ayant ses compétences, ses obligations.

Au-delà, il ne faut pas s'interdire d'expérimenter une organisation, un partenariat au travers d'outils nouveaux. Il s'agit d'aller plus loin que nos propres structures pour que l'utilisateur vive mieux sa santé. Les réponses ne doivent pas être organisées autour des

organisations et de leur pérennité, mais en réponse aux besoins, ce qui implique une souplesse des organisations et la création de nouveaux modèles qui s'appuie parfois sur une recomposition des organisations existantes.

La CRSA Bretagne suggère à titre d'exemple, de faire un groupe de travail sur les personnes handicapées vieillissantes dans lequel seront repérées les bonnes pratiques et de travailler une pensée de mise en place d'outils d'évaluation compte tenu de ceux existant.

Nous notons un cloisonnement par filière soit par « pathologies » certaines plus prégnantes que d'autres, soit par « population » les enfants et les jeunes moins identifiées toutefois, soit par « type de soins et de niveau de prise en charge » hospitalière ambulatoire, médicosociales.

Là encore la notion de parcours de la personne, de coordination et de partage d'information devrait fluidifier les pratiques.

Dans le respect des lieux de démocratie en santé, l'ARS pourra présenter à la CRSA Bretagne, sous trois ans, un inventaire des cloisonnements réglementaires, institutionnels et professionnels encore à l'œuvre dans notre système en Bretagne, ainsi que l'état des actions engagées sur cette question.

Nous avons repéré sur les territoires l'émergence d'innovations qui localement trouvent une mise en œuvre opérationnelle. **Elles doivent être répertoriées annuellement pour être transmise à la CRSA Bretagne et communiquées aux autres acteurs territoriaux.**

L'ARS doit pouvoir soutenir la réalisation sous un an d'affiches répertoriant sur un même territoire de santé tous les médecins spécialistes et structures de second recours. Ces affiches révisées annuellement, posées dans tous les cabinets médicaux, permettront une meilleure information des usagers.

L'objectif de meilleure coordination entre professionnels et meilleure coordination entre financeurs en impliquant la démocratie en santé doit être acté dans le Projet Régional de Santé.

Cette question importante de la nécessaire coordination se repère notamment dans les champs de l'ambulatoire, l'HAD, les PTA³, les réseaux, les professionnels de proximité et du second recours, les liens hôpital-médecine de proximité. Le rôle de l'ARS est important pour faciliter et soutenir les coordinations.

Dans le champ des parcours dits complexes, patients et médecins de 1^{er} recours doivent être au cœur de la pensée et de l'organisation ; la plate-forme territoriale d'appui constituée, dans ses intentions, à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un territoire pertinent pour ces acteurs, doit pouvoir offrir une réponse globale en lien avec les usagers et proches – aidants, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap du patient.

³ PTA Plateforme Territoriale d'Appui, Article 74 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Les résultats d'évaluation annuelle de ces plateformes doivent être présentés à la CRSA Bretagne et aux Conseils Territoriaux de Santé, ainsi que les propositions d'évolution et d'amélioration pour les patients.

Par rapport au « virage ambulatoire », expression utilisée dans les textes ministériels et pour lequel les coordinations sont essentielles, les professionnels du premier recours ont l'impression que ce virage se fait sans eux (ex des HAD)⁴. Les PTA partent des réseaux existants, souvent émanant d'établissements. Il y a un véritable enjeu à ce que ces plateformes soient investies par la médecine ambulatoire. Mais certains médecins généralistes sont très isolés. Les coordinations doivent prendre en compte les autres acteurs para-médicaux infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes... Les hôpitaux doivent renforcer le passage de « l'hôpital-séjour » à « l'hôpital-parcours ». Il s'agit également de faciliter le travail des médecins libéraux en établissement de soins.

Pour ce qui est des financeurs, et en premier lieu les citoyens qui paient l'impôt et les cotisations diverses, des coordinations sont indispensables. Le virage ambulatoire – notamment pour la chirurgie et la psychiatrie- impacte l'accompagnement à domicile des patients ainsi que les acteurs du soin et de l'accompagnement institutionnel. Comment les Conseils Départementaux peuvent-ils accompagner la montée en charge de ces dispositifs ?

Il va falloir articuler les actions des uns et des autres ; il existe déjà des logiques d'actions bien coordonnées par ex. comme dans le champ des personnes âgées, comme le dispositif PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation) etc...

A cet égard, les chantiers et les rôles des instances de coordination vont s'accélérer grâce à l'engagement collectif. Les Conseils Départementaux gèrent les soutiens aux personnes atteintes d'incapacités irréversibles, qui sont la conséquence de maladies et donc qui pourraient être prévenues par des programmes de prévention. Comment les Conseils Départementaux peuvent-ils s'investir davantage dans la prévention des maladies invalidantes ?

Le manque de places dans le médico-social retentit sur les lits de soins de suite et par voie de conséquence sur les lits de médecine. Le médico-social relevant en partie des Conseils Départementaux, comment travailler encore plus ensemble pour avoir un investissement permettant de fluidifier les parcours ?

L'important est d'avoir une vision globale et partagée par tous les acteurs du parcours de santé de la personne tout au long de la vie ; une articulation de la stratégie en santé ; une coordination des acteurs et des financeurs, -les citoyens étant les premiers financeurs- ;

⁴ Les médecins généralistes et les professionnels de santé libéraux doivent parfois gérer des retours à domicile sans moyens, parfois sans informations. Le samedi, des médecins généralistes se retrouvent à gérer sans moyens des retours à domicile après une hospitalisation, alors qu'en semaine, ce sont les HAD.

un soutien à l'expérimentation ; le développement des outils d'évaluation, le tout étant au bénéfice du bien-être de chacun.

Il faut mettre en œuvre une communication efficace entre tous les acteurs :

Il s'agit de distinguer la communication entre les personnes et la communication entre les structures. Pour construire ensemble, il faut communiquer d'où l'importance de l'information. Il faut perfectionner la communication entre les personnes afin que le patient et ses proches et/ou aidants familiaux comprennent. Le parcours de soin doit avoir un sens pour l'utilisateur.

La communication entre les structures nécessite quant à elle, une harmonisation territoriale. Les Conseils Territoriaux de Santé et la CRSA Bretagne y sont nécessairement concernés. Pour construire ensemble, il faut pouvoir réfléchir ensemble, communiquer, ne pas se limiter à son champ d'intervention et se coordonner⁵.

Ainsi, les nouvelles instances que sont les CDCA⁶, EPCI et autres, mais aussi les Conseils départementaux doivent pouvoir échanger régulièrement avec la CRSA Bretagne et les Conseils Territoriaux de Santé, lieux de démocratie en santé constitués de représentants des différents secteurs de vie des personnes. La terminologie utilisée est importante : la démocratie sanitaire est limitative ; la démocratie en santé ouvre plus de champs et par voie de conséquence plus d'acteurs.

Enfin, la communication serait facilitée par la simplification des procédures, la limitation du nombre d'instances ou d'organismes, la lisibilité de ceux-ci.

⁵ Pour illustrer ce propos, un exemple dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées : vouloir distinguer les filières en filière gériatrique et filière gérontologique amène une confusion dans la compréhension de ce dont on parle : un lieu de prise en charge (ville, hôpital, EHPAD) ? Le statut des acteurs (médecin traitant, hospitalier, assistance sociale, psychologue) ? Ou bien celui des financeurs (Assurance maladie, Départements) ? La gériatrie définit une discipline médicale consacrée aux maladies des personnes âgées. La gérontologie étudie la vieillesse et le vieillissement sous leurs différents aspects (psychologique, social, médical...).

En pratique, dans la filière de prise en charge des personnes âgées, certaines étapes du parcours sont assurées par les acteurs du domicile, d'autres par ceux des EHPAD ou des hôpitaux. Tandis que certaines de leurs interventions seront financées par les autorités sanitaires et d'autres médico-sociales, voire les deux ensemble. Si le terme « filière gériatrique » a été consacré par les textes réglementaires, l'essentiel est que chacun comprenne que la prise en charge des personnes âgées, quel que soit le lieu (domicile traditionnel, EHPAD ou hôpital), doit être décloisonnée, pluri-professionnelle autant que de besoin, sans hiérarchie des interventions et sans discontinuité.

⁶ CDCA conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, fusion du Coderpa et de la CDCPH, présidé par le président du Conseil Départemental.

Assurer une gouvernance équilibrée tenant compte des différents acteurs et structures :

Quelle gouvernance, au service de quelle démocratie territoriale de santé ? Sous quel pilotage ? Avec qui ? le financeur ? l'utilisateur ?... Tout d'abord, la gouvernance est un choix. Elle repose sur deux types d'équilibres entre le pouvoir centralisateur de décision et l'association des acteurs locaux permettant au décideur d'avoir un éclairage permettant de prendre les décisions adaptées à la réalité territoriale et en proximité de la population.

La démocratie en santé doit être au cœur de la gouvernance. La gouvernance doit garantir l'équilibre des forces entre financement, orientations politiques et priorités des territoires, la démographie médicale, le secteur médico-social, l'ambulatoire, la proximité des soins. Sans oublier l'équilibre des territoires, l'égalité des traitements en Bretagne et la diffusion des bonnes pratiques. L'expérimentation, l'innovation et autres moyens de faire, sont également à prendre en considération.

Pour que la démocratie en santé puisse s'exprimer, il est important d'associer tous les acteurs. La CRSA Bretagne, seul organisme légal régional de démocratie en santé, est nécessairement au cœur de toute réflexion sur le système de santé en région. Des représentants de la CRSA Bretagne devraient pouvoir être présents dans les très nombreuses instances régionales et territoriales, y compris dans les travaux préparatoires et de suivi des contrats locaux de santé.

Les organisations syndicales estiment qu'elles ont leur place dans les conseils territoriaux. En effet, la politique de santé ne doit pas omettre de réfléchir sur l'état de santé des salariés et des professionnels de santé eux-mêmes. Les organisations syndicales souhaiteraient être plus représentées dans les instances de démocratie en santé. Il est indispensable de faire un lien entre le plan national de santé au travail, le plan régional de santé au travail, le projet régional santé-environnement et le plan régional de santé en Bretagne. Les facultés de médecine, pharmacie, les IFSI, l'EHESP et autres centres de formation de personnels en lien avec la santé doivent pouvoir être régulièrement associés aux réflexions sur le Projet Régional de Santé. La CRSA Bretagne entretient des relations avec les facultés de médecine et l'EHESP, mais se doit de les renforcer, et impliquer les autres structures de formations. Les associations et structures œuvrant dans le champ social sont à impliquer plus fortement dans les travaux de réflexion.

La mise en place hâtive des GHT, groupements hospitaliers de territoire, sans consultation de la C.R.S.A. Bretagne ni des représentants d'utilisateurs dès le mois de juillet 2016 a provoqué des réactions parmi les membres de la démocratie en santé, avec le sentiment du manque d'une véritable concertation de l'ensemble des acteurs du sanitaire avec les autres acteurs offreurs de service, et que, par un calendrier malheureux, les conférences de territoires soient devenues secondaires et non pas pilotes de la gouvernance.

Il a été exprimé une inquiétude sur le risque de la prépondérance des GHT dans la gouvernance qui se traduit par une politique de santé "hospitalo-centrée". Quelle place pour les GHT ? Les territoires de démocratie en santé seront-ils sous le prisme de la gouvernance des Groupements Hospitaliers de Territoire, de l'ARS, ou les GHT seront-ils plus globalement au service des citoyens en difficulté santé, au service d'une réponse articulée collectivement tout au long de la vie de l'utilisateur ?

Selon la réglementation, les GHT devaient être créés en juillet 2016. Ils sont un outil au service du parcours de santé des personnes avec la médecine de ville. Nous observons que les GHT se sont positionnés sur les anciens territoires de santé... Les hôpitaux sont dans la démarche de parcours tant en amont qu'en aval, il n'y a pas de souhait de recentrer autour de l'hôpital. L'hôpital est un point parmi d'autres avec la médecine libérale, le médecin de ville, avec les établissements sociaux et médico sociaux.

Il faudra donc engager une confrontation des projets médicaux partagés avec le Projet régional de santé et de ses priorités notamment les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les maladies chroniques et la cancérologie.

Les dynamiques des territoires de santé sont à soutenir. Elles ont été discutées en plénière CRSA Bretagne le 6 octobre 2016 avec l'adoption de la proposition n°2 de l'ARS. La démocratie en santé est facteur de cohérence de la gouvernance. Il s'agit de mettre en œuvre des articulations entre les GHT et les Conseils territoriaux de santé. Celles-ci auraient-elles pu se faire ou encore se poursuivre si le périmètre avait été départemental?

Nous attendons des Conseils Territoriaux de Santé qu'ils soient des instances de démocratie en santé bien reconnues par les acteurs de l'Etat et autres collectivités territoriales.

Prendre en compte des ressources insuffisamment exploitées

L'appropriation des éléments clefs du système de santé en Bretagne, de l'état de santé de la population bretonne et de l'offre de santé disponible sur la région nécessite une démarche constante afin de permettre au plus grand nombre, y compris dans les années à venir, d'émettre des avis.

Si des documents ont été présentés et explicités dans différents lieux en 2016 dans différentes instances de la CRSA Bretagne (ses commissions spécialisées, sa commission permanente, sa session plénière de la CRSA Bretagne, la journée de formation CRSA Bretagne,) un point annuel s'avère nécessaire afin de prendre connaissance des progrès attendus. Ce sont des outils très utiles pour permettre d'avoir une réflexion pertinente et partagée en Bretagne.

L'ARS et autres services de l'Etat disposent d'une richesse d'informations certainement sous exploitées telles la collecte de l'ensemble des évaluations internes et externes des

⁷ A cela, les acteurs publics et d'intérêt collectif précisent, dans l'intention d'enrichir les débats et d'avancer ensemble que la mise en œuvre des projets médicaux partagés, basés sur des filières de soins ne pourra voir le jour qu'avec l'implication de tous les acteurs de santé du territoire.

établissements, les données santé-environnement, les données de santé des organismes de couverture sociale, les données de santé de populations éloignées du système de santé... sous réserve du respect de l'anonymat et de l'absence de possibilité d'identification directe ou indirecte des personnes et des dispositions réglementaires.

Notre système de santé est parfois confronté à des événements graves (épidémies, attentats...) qui mobilisent fortement tous les acteurs de santé. Ces situations vécues révèlent malgré tout, un manque d'équilibre dans l'offre de soins entre les libéraux et les hospitaliers et la nécessité d'un dispositif ad hoc entre l'hôpital et le domicile.

Après chaque situation exceptionnelle, il s'agit d'en tirer les enseignements. **L'ARS devrait pouvoir faire un état annuel des enseignements tirés de ces situations exceptionnelles, et des ajustements à opérer dans notre système.**

Ces évaluations mettent en exergue les bonnes pratiques professionnelles sur la démarche qualité, la prise en compte de l'utilisateur, sa participation tout au long de son parcours, l'expression de sa volonté... Il y a nécessité de définir les besoins et de partager les données avec tous les acteurs et d'abord avec la CRSA Bretagne chargée légalement de donner des avis et de procéder à l'évaluation.

Il faut aussi s'appuyer sur le diagnostic local partagé qui associe les usagers, les représentants des usagers, les associations. Il ne faut pas s'appuyer uniquement sur les données quantitatives mais aller plus loin. Au niveau des GHT, il serait opportun de faire ces diagnostics et ces études de besoins en n'oubliant pas la médecine de proximité.

Le Projet Régional de Santé doit pouvoir prendre en compte, comme l'estime l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne, qu'une instance interne d'éthique a une place et un rôle dans la gouvernance d'établissement. Il s'agirait de « *généraliser les instances de réflexion éthique dans le milieu médico-social et prévoir de les accompagner pour cela : comment faire ?; interroger l'organisation actuelle de la réflexion éthique à partir des pratiques professionnelles dans les établissements et services, notamment dans le champ des personnes âgées et handicapées ; intégrer la réflexion éthique dans le processus de décision et inclure les réflexions ou positions ou attendus dans les motivations des décisions* ». *Quels place, rôle et action pour l'utilisateur dans cette démarche ?*

En synthèse sur la thématique de gouvernance de la santé en région, un engagement fort et évaluable du Projet Régional de Santé en Bretagne doit porter sur :

- **la place incontournable de l'utilisateur en tant qu'acteur ;**
- **le rôle des représentants des usagers, et ce dès le début des projets en lien avec les représentants des professionnels ;**
- **le rôle essentiel des organismes et instances de la démocratie en santé ;**
- **le décloisonnement entre les différents champs de la santé globale, entre les différentes organisations publiques ;**
- **la coordination des acteurs aux différentes échelles territoriales ;**
- **une communication rendue efficace entre les acteurs ;**

Garantir qu'aucune personne en situation de handicap ne soit empêchée d'un accès aux soins et aux accompagnements correspondants à ses besoins

Une politique de prévention et soins adaptés pour les personnes handicapées

Il faut poursuivre nos engagements et le soutien aux expériences professionnelles, autant de ressources sur lesquelles il faut s'appuyer pour élaborer ce Projet Régional de Santé à dix ans. La CRSA Bretagne, l'ARS, la Préfecture de Région et de très nombreux autres acteurs se sont engagés dans la signature et le soutien au développement de la Charte *Romain JACOB*, signée très largement en Bretagne. Elle doit être un repère d'actions et de positionnement dans le Projet Régional de Santé. Les divers aspects de cette charte doivent donc se retrouver dans le Projet Régional de Santé et dans les diverses actions qui y seront actées. Il faut continuer à faire connaître cette charte, faire connaître également les actions engagées par les équipes sur cette Charte.

Il ne faut pas réduire l'accompagnement au seul accès aux soins. Il faut favoriser l'accès aux soins aux personnes en situation de handicap avec l'accompagnant qui doit pouvoir partager le secret médical en cas de nécessité et pouvoir se faire l'interprète de la personne handicapée et jouer, si de besoin un rôle d'interface avec le corps médical. Il faudrait aussi veiller à adapter le matériel (table radiologie ; gynécologique....) pour les personnes porteuses de handicap et cela peut aussi servir aux personnes âgées.

Résoudre la question de la cotation des actes et donc de leur financement

Il faut pouvoir s'occuper de la personne handicapée dans toutes les étapes de sa vie y compris quand l'accompagnement est lourd. Dans ce cas, les modes de rémunérations (forfait soins, autres modes de financements) doivent être plus élevés notamment dans les FAM MAS et doivent prendre en compte l'ensemble des actes nécessaires à la prise en

charge et aux accompagnements. Or aujourd'hui il est constaté que les soins sont plus lourds ; le forfait soins et autres types de financements devraient obligatoirement être revus.

Les interventions possibles de l'HAD en établissements médico sociaux est à faire connaître. Il semble que, trop souvent, il soit fait état d'une impossibilité. Or les textes indiquent bien des possibilités d'intervention de l' HAD dans les ESMS.

Avoir une évaluation précoce des personnes en situation de handicap

Des dispositions régionales doivent être prises pour assurer l'évaluation précoce de tout type de situation de handicap. C'est le gage d'un meilleur service aux usagers et d'une meilleure prise en charge si elle est nécessaire.

Les diagnostics sont parfois difficiles à définir surtout pour la maladie mentale.

Il faut organiser des formations pour l'entourage, les accompagnateurs, les soignants, le personnel de l'éducation nationale, si possible faire les formations ensemble, afin d'avoir un accompagnement aussi personnalisé que possible.

Un programme régional d'évaluation précoce doit d'être présenté par l'ARS en facilitant l'accès pour tous aux structures compétentes en région, et si possible le plus près du domicile de la famille. L'ensemble du système de santé doit être mobilisé, y compris les médecins scolaires, médecins de PMI, CAMSP spécialisés, CMPP, médecins généralistes, médecins hospitaliers... Dans le champ des handicaps sensoriels, et plus particulièrement du handicap auditif, les associations, s'appuyant sur les éléments du rapport IGEN-IGAS intitulé « les conditions de mise en œuvre des projets linguistiques des jeunes sourds et la qualité de leur parcours » et sur les recommandations de la HAS, rappellent qu'un dépistage systématique de la surdité (arrêté du 03/11/2013) doit être mis en place de façon précoce pour une prise en charge adaptée pour favoriser le développement de l'enfant sourd. Ceci nécessite une filière réactive de prise en charge accessible, adaptée, en proximité dès le repérage de besoin parfois avant même une confirmation diagnostic.

Dans le Projet Régional de Santé, la CRSA Bretagne demande, comme le demandent les associations de ce secteur, que soit précisée l'offre d'intervention des services et établissements médico-sociaux en direction du public sourd et du public relevant des troubles sévères du langage, et qu'une meilleure articulation entre cette offre et celle de l'éducation nationale se mette en place.

Cette demande est étendue à l'ensemble des types de handicaps de manière détaillée. Il s'agit d'élaborer également un schéma régional d'organisation de la scolarisation et de la formation, schéma à construire avec tous les partenaires du champ dont le mouvement associatif. Pas un enfant, pas un adulte sans possibilité de dépistage rapide. Pas un enfant, pas un adulte sans réponse de prise en charge adéquate et rapide.

L'ARS doit pouvoir présenter dans un rapport annuel détaillé à la CRSA Bretagne des éléments précisant le nombre de diagnostics effectués par territoire de santé et par type de handicaps ou de troubles, le nombre d'enfants et d'adultes n'ayant pas eu de réponse en terme de place ou de dispositif d'accompagnement adéquat dans les trois mois qui suivent le diagnostic, le nombre d'enfants et d'adultes pris en charge, l'état des difficultés formulées par les familles, l'état des difficultés formulées par les professionnels et les associations, le nombre de personnels affectés selon les types de services ou structures et selon les territoires de santé, la durée moyenne d'entrée d'une personne entre son diagnostic et le dispositif ou structure de prise en charge, le nombre de personnes en situation de handicap sans réponse de prise en charge adéquate, et les dispositions prises pour améliorer le système.

L'articulation entre diagnostic et parcours du patient et de l'utilisateur est encore à inventer. Le dépistage reste trop hospitalier et trop médicalisé. L'annonce est parfois douloureuse pour l'entourage. Il faut former les médecins à l'annonce du diagnostic. Dès le diagnostic posé, il faut former les intervenants et surtout les aidants et aidants familiaux aux divers actes et actions possibles. Il est encore trop souvent constaté que celui qui sait, a le pouvoir. Or c'est une culture à changer. Il faut savoir partager nos savoirs.

Les méthodes d'accompagnement diffèrent selon les handicaps. Il faut organiser des formations pluridisciplinaires afin d'avoir une culture commune (éducation nationale ; médecin ; famille ; collectivité)

La CRSA Bretagne demande que soient mises en place des plateformes d'information à destination des accompagnants.

Définir les modalités et l'organisation d'une politique d'accompagnement tout au long de la vie

La CRSA Bretagne insiste sur la réelle adaptation des réponses aux réels besoins des personnes ; personnaliser les projets de vie. L'ARS doit pouvoir présenter annuellement à la CRSA Bretagne un état des lieux des réponses non adaptées aux besoins de santé des personnes.

Le Projet Régional de Santé doit insister sur une prise en charge globale : sociale ; professionnelle ; sanitaire en définissant des actions concrètes.

Il ne faut plus laisser les personnes handicapées sans solution notamment les jeunes, il faut pallier le manque de place dans les institutions. Trop de personnes perdent leurs acquis dans l'attente de réponses. Ce n'est pas admissible. Par principe il faut privilégier le milieu ordinaire avec toutes les aides nécessaires identiques à celles dont la personne bénéficierait si elle était en institution. Il est important que l'ARS puisse présenter clairement et précisément par territoire la politique globale d'accompagnement tout au long de la vie.

Les ruptures dans les projets de vie peuvent aussi venir d'une difficulté de suivi des différentes démarches par des institutions différentes. Il faudrait imaginer une sorte de guichet unique centralisant les informations telles que demandes d'aides, de places en maison spécialisée...⁸

Le Projet Régional de Santé doit prendre en compte la réalité des besoins des personnes handicapées en Bretagne telle qu'elle résulte des plans de compensations des MDPH et non pas faire référence aux ratios nationaux de personnes handicapées selon les classes d'âge sur toute la France. Il y a des spécificités qui se doivent d'être prises en compte et les données existent.

Eviter les risques de ruptures dans l'accompagnement

Il y a les effets de seuils : A 15 ans et 3 mois, l'adolescent suivi par le pédopsychiatre se voit diriger vers le psychiatre. A 16 ans il sort du système scolaire, à 18 ans c'est la majorité.... Ces zones de ruptures liées aux barrières d'âge sont à prendre en considération. Une politique opérationnelle doit être présentée et évaluable.

Le PRS doit organiser le territoire sans zone blanche. Il doit y avoir une réponse adaptée partout en Bretagne.

Il faut développer les SAMSAH orientés tous handicaps avec des équipes pluri disciplinaires formées.

Il faut des modalités plus pertinentes de partage de financement entre l'ARS et les Conseils départementaux pour le médico-social.

Il ne faut pas oublier les programmes liés aux demandes des personnes de « vivre à domicile » (programmes spécifiques). Mais il faut évaluer ces pratiques nouvelles.

Il apparaît important que l'ARS puisse présenter annuellement à la CRSA Bretagne une synthèse des rapports d'évaluation des établissements d'accueil, ainsi que les dispositions prises pour éviter tout risque de rupture d'accompagnement.



Modalité et organisation d'une politique d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

Le handicap ne disparaît pas à l'âge de la retraite.

L'espérance de vie augmente mais pour quelle qualité de vie ? Le vieillissement est plus rapide chez la personne handicapée. Il est donné l'exemple d'une personne trisomique

⁸ Il est ainsi fait état de personnes délaissées (exemple cas du milieu rural) qui seraient inconnues des MDPH.

qui, à 50 ans, souffre d'une maladie d'Alzheimer ; admise en unité spécialisée, le personnel soignant est démuni pour l'accompagner efficacement. Des dotations financières doivent être fournies pour renforcer la formation professionnelle continue de ces personnels. L'important est d'avoir des unités de soins et de vie dédiées centrées par un projet.

Le Projet Régional de Santé doit favoriser les consultations spécialisées.

Il faudrait développer les familles d'accueil, il faut qu'elles soient formées, bien identifiées, et doivent bénéficier d'un environnement médico-social adapté.

Certains craignent que le PRS soit déconnecté de la réalité vécue par les personnes sur le terrain. Aujourd'hui l'utilisateur doit s'adapter au Projet Régional de Santé et aux insuffisances de financements. Alors que c'est au Projet Régional de Santé de s'adapter à l'utilisateur. Sur le secteur dépendance, il y a lieu de revoir la répartition infrarégionale pour combler le niveau de sous-dotation en places d'EHPAD.

Bien que la création de certains dispositifs permette d'aider à un certain décloisonnement, la réalité d'une problématique importante quant aux places d'hébergement pour les personnes handicapées, aucune solution satisfaisante ne peut être trouvée sur les orientations MDPH, du fait de la saturation des établissements dans les départements. Comme objectif, la CRSA Bretagne pose comme objectif à trois ans qu'aucune personne dépendante et qu'aucune personne en situation de handicap ne soit sans réponse adéquate d'hébergement ou de service selon ses besoins au plus près de ses proches et/ou aidants familiaux.

Parmi les enjeux prioritaires des thématiques personnes âgées et personnes en situation de handicap, nous avons les alternatives à l'hébergement ; la structuration des parcours selon les besoins des personnes.

Le Projet Régional de Santé doit avoir des objectifs précis de mise en œuvre d'une transversalité dans l'accompagnement des personnes handicapées, évaluable à 3ans, à 5 ans, à 8 ans, à 10 ans. L'ARS devra présenter régulièrement le résultat de ses actions en matière de transversalité à la CRSA Bretagne.

En synthèse de la thématique : Aucune personne en situation de handicap empêchée d'accès aux soins et aux accompagnements correspondants à ses besoins :

- **La prévention ne doit pas oublier les personnes en situation de handicap surtout pour les dépistages précoces permettant ainsi des accompagnements plus rapides diminuant ainsi les incidences de la maladie ou du handicap.**
- **Les divers axes de la Charte *Romain Jacob* pour l'accès aux soins des personnes handicapées se doivent de servir de ligne directrice de ce PRS**
- **L'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap peut conduire à des cotations différentes pour les actes compte tenu des délais et des temps d'intervention nécessaires.**

- **Un accompagnement tout au long de la vie et sans ruptures de parcours, cela implique de bien connaître les besoins**
- **Trop souvent on oublie que le handicap ne prend pas sa retraite et une personne en situation de handicap âgée reste une personne handicapée. Le handicap ne prend pas sa retraite !**



Parcours de santé et de vie : pour un développement harmonieux et respectueux de la place de l'utilisateur



Le mot parcours est très utilisé dans les textes réglementaires et documents de l'ARS. De nombreuses questions se posent sur la mise en œuvre. Qu'est-ce qu'un parcours idéal, un parcours vertueux ? Quels engagements nécessaires de l'ARS, des services, des personnels et des établissements sont à envisager ? Quelles sont les conditions de réussite des parcours : quels territoires pertinents et pour qui ? Quelle équité, proximité / pertinence de la prise en charge ? Question de Proximité- gradation, de pertinence ?

Il existe la charte du parcours adoptée par la CNS répondant à la saisine du Ministère. Est-ce un document essentiel de référence pour tous les parcours ? Le parcours n'est pas un réseau mais s'appuie sur des mises en réseaux.

Il s'agit de bien distinguer les deux termes. Si le réseau est une organisation qui a pour mission de rendre lisible les liens opérationnels et fonctionnels entre acteurs, leurs complémentarités, leur mise en synergie, le parcours est le trajet socio-anthropologique et affectif que vit le patient, l'utilisateur et leurs proches et/ou aidants familiaux dans leurs rapports aux professionnels de santé et aux structures institutionnelles. Compte-tenu de la situation actuelle, quelles coordinations doit-on nécessairement envisager ? Comment envisager l'évaluation des parcours compte tenu de leur diversité ?

L'ARS doit garantir l'égal accès de tous à un parcours de santé répondant efficacement aux besoins de santé de chacun.

Cette accessibilité universelle aux besoins de santé de chacun implique que la personne puisse bien être acteur de sa santé et ce tout au long de la vie ; de la plus petite enfance, jusqu'à la fin de vie. Mais il n'y a pas d'accès à la santé si on ne sait pas ce qu'est la Santé. Il faut donc promouvoir fortement l'éducation à la santé : qu'est-ce qu'une vie en bonne santé c'est quoi ? et que faire ? Comment se préserver ? Des actions de prévention sont à envisager et ce tout au long de la vie. Il serait pertinent que la médecine scolaire puisse intervenir mais actuellement ce n'est pas le cas.

Une adaptation de nos pratiques d'éducation et à des âges clé est souhaitable : il faut faire des informations et communications aux personnes.

On peut regretter que des actions d'éducation à la santé effectuées par les professionnels de santé ne soient pas valorisées.

La SANTE, c'est l'affaire de TOUS.

Un constat est fait : les consultations en matière de prévention devraient être reconnues. Des bilans de santé (notamment sur l'analyse des bonnes pratiques : ai-je de bonnes habitudes de vie ? comment améliorer ma santé ?) ne pourraient-ils être prescrits et donner lieu à financement.

Des actions de prévention sont citées : notamment avec le groupe de travail sur la vie affective et la sexualité – il en est de même avec la prévention de l'obésité qui devrait être plus précoce.

Peut-on parler d'accessibilité universelle avec la question des déserts médicaux ? Des actions peuvent être envisagées : exemple des MSP et des Pôles de santé : de larges débats sur ces créations et leurs possibilités face à ces 70 MSP qui existent en Bretagne une évaluation serait pertinente pour en tirer les conclusions sur ce qu'elles font et ne font pas et pourquoi ? L'installation des médecins généralistes avec des règles nouvelles d'installation pourraient être à envisager ? Certes, cela impacte les politiques publiques et leur volonté.

L'Accessibilité universelle aux soins cela requiert aussi des compétences pour les professionnels de santé à toutes les diverses situations : il faut que les professionnels de santé aient des formations à toutes les spécificités des populations qu'ils sont amenés à soigner et cela est aujourd'hui un leurre.

Des matériels de soins ne sont pas adaptés pour toutes les populations et les matériels adaptés sont trop peu nombreux

Cette universalité d'accès aux soins s'impose et doit concerner toutes les populations y compris les plus défavorisées. Les politiques publiques se doivent d'y veiller.

La question des délais pour des consultations spécialisées et des prises en charge est soulevée. En effet ces délais trop longs conduisent à différer voire ne pas faire ces soins

Les besoins de coordination et de concertation des différents acteurs est indispensable. Des évolutions sont constatées avec les pôles de santé, et des coordinations se mettent en place mais cela reste encore trop limité. Mais il reste toujours la question du financement de ces actions de coordination.

Il faut une réelle VOLONTE et DES CAPACITES pour que ces coordinations existent sans oublier d'associer les personnes elles-mêmes

Il est important que l'ARS puisse présenter annuellement à la CRSA Bretagne un état des lieux du fonctionnement des parcours de santé en lien avec les bénéficiaires retirés par les usagers. L'ARS y repère les éléments insatisfaisants et propose des améliorations.

Au titre de l'article 1^{er} du titre liminaire de la loi du 17 décembre 2015, les « *parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la*

sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ». Les obligations de coordination sont un outil pour le trajet de chaque citoyen dans le système de santé.

Une réflexion sur la dénomination même de « parcours de santé » est engagée par la CRSA. La question posée dans le rôle des « projet de vie » et « projet de soins » d'un patient est déterminante.

Le parcours est dédié. Il se situe dans un continuum.

Le parcours est d'abord dédié à l'utilisateur : « Il faut mettre la personne au centre de nos préoccupations. Nous sommes tous des Hommes et des Femmes, avec un environnement favorable ou défavorable. » « Le parcours de vie nous appartient en tant qu'utilisateur. L'offre de soin doit se faire au profit du parcours et pas l'inverse

La CRSA pose le débat sur les parcours dédiés par populations : enfants, personnes handicapées, personnes atteintes de maladie mentale, personnes âgées, mais aussi par pathologie : diabète, maladie mentale, cancer. Le parcours doit s'entendre depuis l'enfance jusqu'à la fin de vie. La CRSA Bretagne alerte sur la nécessité de prendre aussi en charge les personnes qui sont aujourd'hui « hors parcours », c'est-à-dire sans prise en charge adéquate aux besoins.

Les parcours sont organisés.

Ils laissent peu de place à l'improvisation et l'approximation. Le parcours doit être organisé à partir du domicile, par le malade lui-même chaque fois que c'est possible, par ses proches et/ou aidants familiaux et/ou différents acteurs de la santé. Parmi ces derniers, on insiste sur le rôle du médecin traitant. Ils préparent, anticipent, programment une hospitalisation. De leur côté, les équipes des établissements de soins y contribuent également en préparant, en validant le plan de soins avec le malade et les acteurs ambulatoire. Ce parcours se développe souvent dans un territoire de santé, espace géographique et démographique pertinent pour l'organisation des soins et des autres prises en charge.

Le parcours multiplie les compétences :

- en soins curatifs,
- en situation de crise sanitaire,
- dans le domaine de la prévention « Le parcours de santé commence avant la conception. Le parcours du bébé n'est pas protégé alors que des actions de prévention existent (vaccination...). Si la priorité est aujourd'hui la personne âgée, il ne faut pas oublier que l'enfant d'aujourd'hui sera la personne âgée de demain. Il faut commencer le plus tôt possible, avant même la conception »,
- du dépistage : « précoce pour prendre en charge la personne au mieux », de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique des patients : « L'Éducation

thérapeutique et la connaissance de ces antécédents sont primordiaux ». On relève que les programmes d'éducation thérapeutique gagneraient à mieux intégrer les patients.

Enfin le parcours est « éducatif en santé ». Dans le cadre de l'Education Nationale, il est entré dans sa phase opérationnelle depuis septembre 2016 dans certains territoires académiques pour la prévention et la promotion de la santé, où les enseignants sont les acteurs. Ils sont formés et conseillés par les professionnels de santé qui travaillent au sein de l'éducation nationale ».

L'efficacité du parcours requiert

Pour la CRSA, l'efficacité repose entre autres sur un ensemble de moyens suffisants et disponibles. Parmi ceux-ci, nous relevons :

Des moyens humains

« En l'absence de disponibilité du médecin traitant, la personne va aux urgences. Quel parcours ensuite ? ». La réponse sera trouvée en associant tous les acteurs de santé, médico-sociaux et la famille.

Il conviendrait donc d'ouvrir le débat à l'ensemble des acteurs de la santé comme par exemple les conseillers en économie sociale et familiale, les éducateurs, les assistants sociaux... »

Le parcours sollicite les compétences présentes sur son territoire. Par exemple, pour les enfants scolarisés : « Les enseignants peuvent être des personnes ressources qui peuvent orienter les parents ». On souligne également : « l'importance du travail de partenariat entre le dépistage, l'orientation et l'accompagnement ». L'Education Nationale souhaite être davantage associée à la promotion de la santé.

Des moyens en lits et places

A titre d'exemple, « 20% de la population de plus de 65 ans qui sont arrivées sur le territoire (56) il y a quelques années, sont aujourd'hui accueillies dans les hôpitaux. Il faut absolument trouver des structures d'accueil ». La Durée Moyenne de Séjour est une problématique⁹.

Rupture des parcours de soins. Ex. enfants polyhandicapés qui se trouvent désocialisés par manque de place dans les structures médico-sociales, avec des parents qui ont épuisé leurs droits à congés, leurs moyens financiers et éprouvé leur couple. Diagnostic : importance d'agir bien amont et de détecter vite les difficultés

Dans le champ de la prévention, d'évaluation et de prise en charge thérapeutique des enfants et adolescents, les CAMSP et les CMPP, dispositifs médico-sociaux ouverts à tous

⁹ Ex. : une personne âgée en surpoids très important reste depuis 1 an dans un lit de court séjour faute de place dans une structure médico-sociale ad hoc ».

gratuitement, sont l'une des entrées favorisant l'accès pour tous grâce à l'action des médecins de PMI et des médecins scolaires. Ces structures ont des files d'attente trop importantes qu'il s'agit de réduire. Le Projet Régional de Santé doit avoir un objectif de soutien à ce type de dispositif clinique.

Des outils accessibles et opérationnels

L'accès à des outils accessibles et disponibles : « intérêt de mettre en place le DMP, qui permettrait de fluidifier le parcours de la naissance jusqu'à l'âge adulte ». « Le DMP est un outil à destination essentiellement du corps médical. Il n'est pas complet car il ne fait pas mention des antécédents. Le patient n'est pas acteur des données qui y sont consignées ». « Le DMP est aussi un dossier pour le patient qui peut le compléter des données en provenance de dossiers « papier ». Intervention diabétiques 22 : « Le DMP connaît des difficultés informatiques et de mise en œuvre. ». Il conviendra certainement de faire une communication dédiée, claire et objective à partir de la CRSA. ».

La CRSA peut le faire avec ses composantes, notamment le CISS ou future URAASS et les URPS qui ont largement contribué en Bretagne à son développement.

Le parcours est nécessairement coordonné

L'acteur principal, le coordonnateur premier : l'utilisateur

L'acteur principal, c'est l'utilisateur. « Intérêt de replacer l'utilisateur « acteur » du parcours de sa vie ». Le médecin est le second acteur dans sa relation de confiance avec l'utilisateur.

« Il faudrait laisser s'exprimer les personnes directement concernées sans que le dialogue soit confisqué par les familles ou les représentants. »

La coordination est aussi celle des acteurs des soins

« On mise tous sur le médecin traitant, coordinateur des soins. Quand il s'agit des maladies chroniques, cela devient compliqué car il ne coordonne pas l'ensemble des intervenants. Tout va bien si le patient se prend en charge mais dans beaucoup de situations la personne est démunie. Ce n'est pas en 15 mn de consultation que le médecin traitant peut coordonner le parcours. Il manque un maillon qui se chargerait de la coordination des intervenants auprès du patient atteint de maladie chronique. Il a besoin de coaching, de quelqu'un qui prend les rendez-vous ».

Le parcours se trouve renforcé si tous les acteurs sont associés. « Avant le retour à domicile, tous les acteurs se sont réunis pour réfléchir à la meilleure solution. La personne (patiente victime d'un AVC avec un mari parkinsonien) a pu revenir à domicile et y vivre pendant 4 ans avec le soutien des services du domicile ».

L'organisation du parcours individualisé doit rester souple ; Il ne faut pas aller vers le « tout établissement ».

Risque de rupture du parcours lié à l'organisation des soins qui se construit sans prendre en compte des autres composantes de la vie du patient (ex. d'un enfant qui a été absent

pour une partie de ses cours parce que les soins débutaient avant la fin des cours, les horaires ayant été fixés sans concertation.

C'est aussi la coordination des institutions publiques, privées ou associatives

Il faut arrêter de travailler en silo, en opposant les secteurs de la santé (sanitaire, médico-social et social).

Il convient d'arrêter de créer pour chaque thématique des associations, des conseils, des comités spécifiques mais de rassembler enfin les acteurs pour obtenir une vue d'ensemble.

L'ARS est garante de la possibilité de mise en place et mise en œuvre des coordinations adéquates.

Le parcours, le patient et ses droits.

Le parcours est respectueux de l'utilisateur, de ses droits, de ses proches et/ou aidants familiaux. Il a un fonctionnement éthique.

« La solution est de bien reconnaître la place de l'utilisateur dans le système de santé et le parcours de vie. Ex. : la place de l'utilisateur dans les plateformes techniques, d'appui et de coordination. Il conviendrait de parler de l'utilisateur « sachant » plutôt « qu'expert » dans l'organisation du parcours et d'essayer de structurer sa place dans la régulation, la coordination, l'accompagnement, l'information, le dialogue. Cela nécessite des moyens. Il faut retrouver une citoyenneté dans nos organisations. C'est un problème de culture. L'expertise ne fait pas tout, ne fait pas la fluidité des parcours ». « Il faut avancer sur le statut de l'utilisateur, sur les rémunérations. « Le pouvoir médical n'a pas le monopole du parcours de santé ».

L'utilisateur doit être acteur du parcours de santé, aussi est-il indispensable qu'il soit associé aux travaux des diverses instances de concertation et de construction de ces politiques de santé. Il en est ainsi des commissions de coordination des politiques publiques, où la place de l'utilisateur n'était pas prévue. Après demande nous avons pu obtenir qu'il puisse y participer. Il faut que cette participation soit pérennisée et donc officialisée.

La représentation des usagers dans les diverses instances des établissements sanitaires et établissements médico-sociaux est prévue mais elle doit servir. Afin de veiller à cette bonne représentation des RU au sein de ces instances, nous préconisons que dans les cadres des Contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens ainsi que dans les évaluations cet aspect puisse être pris en considération.

Les représentants des usagers ont aussi à cœur de veiller à une égalité des citoyens face aux questions de santé quel que soit leur niveau de revenu et leur territoire d'habitation. Il est donc absolument nécessaire de poursuivre la lutte contre la désertification de certains territoires. Les installations de maisons de santé pluridisciplinaires sont à saluer en Bretagne. Des constats sont faits quant à des difficultés que ce soit en matière de prévention que ce soit pour les personnes âgées et les personnes handicapées selon leurs pathologies. Il n'est que de citer les impossibilités de pouvoir effectuer des

mammographies pour les personnes handicapées moteurs en Fauteuil. Cette égalité est aussi battue en brèche compte tenu des revenus : combien de personnes renoncent aux soins face aux coûts. Des personnes en situation de handicap qui perçoivent l'AAH (allocation adulte handicapé) se trouvent sous le seuil de pauvreté mais ne peuvent bénéficier de la couverture par la CMU. De plus des procédures nécessitant des renouvellements annuels ont pour but de dissuader les personnes entraînant ainsi des renoncements aux soins. Il faut développer l'appropriation par les usagers de leurs droits à un accompagnement de l'information adéquate portant sur les directives anticipées, la nomination d'une personne de confiance. Les barrières d'âges entre personnes âgées et personnes handicapées sont aussi des points que la CRSA Bretagne demande à prendre en compte pour éviter les ruptures inacceptables pour les usagers et leurs familles.

Il est important de veiller à l'égalité d'accès aux droits dans tout parcours de santé, et ce d'abord pour les très jeunes enfants avec la mise en synergie de l'ensemble des acteurs de santé sur un même territoire qu'ils soient professionnels de santé de premier recours, services hospitaliers, CMPP-CAMSP, services PMI, médecine scolaire... Il s'agit de réussir l'entrée dans le parcours.

« Importance de l'accompagnement des usagers en mobilisant l'aidant dans le processus (Ex. accepter que l'aidant reste auprès de la personne âgée hospitalisée désorientée quand cette dernière est admise aux urgences).

« Plusieurs organismes qui accompagnent les personnes handicapées se trouvent confrontés à des difficultés financières qui se traduisent auprès des personnes handicapées par des changements constants d'intervenants. Certaines personnes handicapées d'ailleurs préfèrent abandonner et se retrouvent seules »



Le parcours doit permettre

L'innovation : un exemple, celui de la « création de SESSAD précoce »

L'accès aux ressources locales quelles qu'elles soient.

L'accompagnement des usagers, des proches et/ou aidants familiaux et des professionnels :

- Le parcours accompagne le « patient-expert » et ses proches et/ou aidants familiaux.
- « Il faut absolument miser sur l'accompagnement, et notamment auprès du secteur libéral. Ex. sur le Territoire de Santé n°7 : courriers adressés (384) à tous les médecins et pharmaciens. En attente du retour de ce questionnaire. »
- « Besoin d 'information et d'accompagnement des parents (grande solitude à l'annonce du diagnostic...) »

Le partage et les échanges : « L'exemple des situations complexes ou des situations critiques pourraient servir à construire les parcours de santé, car il réunit l'ensemble des acteurs en s'affranchissant des habitudes de travail. », revue de dossiers, analyse a posteriori

La formation initiale et continue doit aborder la question des parcours :

- Des professionnels de santé : Les médecins : « La découverte du handicap peut être une expérience difficile lors de l'annonce du diagnostic, lorsque le médecin traitant nous laisse seul, parce qu'il ne sait pas faire ». « Certains patients tardent à bénéficier des bons traitements parce que « les praticiens sont peu formés à cette pathologie ». Notion de « patient expert ». Il faut revoir le cursus des professionnels de santé, y compris des médecins. Il conviendrait de développer des stages dans le monde du handicap. Notion de patient co-acteur de sa santé. Il faudrait partager l'ensemble des informations avec le patient. Dans certaines facultés, les étudiants en médecine (4^{ème} et 5^{ème} années) reçoivent une formation sur les relations soignants-soignés, apportée par des patients-usagers. Importance de la notion de patient expert.
- Les soignants : « Difficulté pour une personne handicapée de se confronter à des professionnels qui ne connaissent pas tous, les spécificités de certaines pathologies. Dans la formation des IDE, sur les 3 années de formation, seules 15 heures sont consacrées au handicap. Importance de former nos professionnels aux différents types de handicap. L'APF forme gratuitement des professionnels de santé sur la base du volontariat ».

L'information:

A la découverte de la maladie (p.ex. diabète), la personne doit recevoir toutes les informations, afin de pouvoir réagir le plus rapidement possible lorsqu'elle, ou ses complications, se manifestent. Le parcours du patient est très lié à l'information qu'il détient. « Il sera sur certains axes très autonomes, sur d'autres beaucoup moins. Il y aura besoin de coordination. Image de l' « agence de voyage en santé », du « guide du routard de la santé »

Information des parents : « Importance de l'éducation et de l'information des parents »

Dans le parcours, l'exigence d'information est un point de vigilance que le Projet Régional de Santé doit soutenir.

L'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne note les éléments suivants notamment en lien avec la question du consentement :

« - Insister sur la nécessité de l'information complète du patient notamment dans le domaine des nouvelles technologies et approches thérapeutiques ;

- Développer le partage d'information entre acteurs du soin : rapports ville/hôpital, social/médical

- Enjeux de la contrainte et du consentement aux soins psychiques dans le domaine de la santé mentale

- Quels rôle et missions du médecin généraliste coordinateur du parcours de soins dans la discussion et l'élaboration du projet éthique et la mise en place des directives anticipées, en lien avec les professionnels de santé libéraux et/ou hospitaliers, et bien entendu en concertation avec le patient et sa personne de confiance (une remarque précise : « dans une « inversion de la problématique hospitalo-centrée » pour mettre le patient au centre du dispositif de soins, projeté dans son cadre de vie »).

Le succès du parcours repose également sur

La gestion des effets pervers induits par la T2A qui a « quelque peu parasité le parcours du patient. Le patient au fond de son lit en court séjour qui ne bénéficie plus d'acte, ne rapporte pas recettes. Il manque plus de 1000 places d'aval. Ce qui « embolise » les lits de court séjour. La T2A participe aux ruptures de parcours de patient. S'il est illusoire de revenir sur la T2A, il conviendrait de se concentrer sur des structures d'aval et d'amont. » Une réflexion nationale est actuellement menée pour faire évoluer le système de financement de l'offre de soins, l'offre capacitaire du parcours de soins qui devra s'ouvrir sur le parcours de santé.

La levée de verrous réglementaires qui entraînent des ruptures dans le parcours : « Par ex. à la fin de l'obligation scolaire : quelle solution ? avec des parents contraints

d'abandonner leur travail ». L'ARS devrait présenter à la CRSA un état de ces verrous réglementaires.

Permettre l'accès à certains acteurs de soins pour lesquels il n'existe pas actuellement de prise en charge hors institution : « Les interventions en libéral de psychologue, ergothérapeute, psychomotricité ne sont pas remboursées par la CPAM. Dans le 22, le réseau Arc en Ciel est confronté à son succès, le contraignant à une sélection sur les poly-interventions, délaissant les interventions isolées. »

La prise en compte de la santé au travail car le milieu et l'environnement du travail ont des impacts sur la santé des citoyens, sur le parcours de vie.

Le parcours est un trajet du patient ou de l'utilisateur où le sens du soin apparaît dans toutes ses composantes. La sauvegarde de la dignité de la personne est un point de vigilance permanente. La question majeure est que chaque professionnel soit à l'aise avec le sens attribué à sa place dans le parcours. De la même manière, l'utilisateur doit comprendre le sens du trajet proposé dans ce parcours. Cela suppose une certaine pédagogie du parcours.

Il existe une forte préoccupation sur ce que constituent les maillons d'entrée dans le système de santé : d'abord celui du médecin généraliste, mais aussi les urgences hospitalières manifestement sous-dotées en moyens et provoquant parfois des attentes trop longues de prise en charge médicale, et les centres de santé à rendre disponibles sur les territoires fragiles. L'ARS doit pouvoir présenter annuellement à la CRSA Bretagne un état statistique des renoncements aux soins et les dispositions prises pour pallier ceux-ci.

Le parcours est le lieu d'une identité retrouvée pour le patient, l'utilisateur, et le professionnel, le lieu d'une communauté professionnelle où chacun contribue en fonction des besoins exprimés et dans le partage de compétences et de responsabilités. L'objectif pour l'ARS doit être de soutenir toute initiative territoriale permettant de rendre lisible les parcours, de laisser du temps professionnel à l'explicitation des parcours auprès des usagers concernés.

Tout parcours doit être construit là où il a sa raison d'être, à ce moment : il s'agit d'une pertinence temporelle et géographique. Tout parcours nécessite de gérer l'information en temps réel : ville/hôpital, libéraux/HAD...moyens informatiques, transmissions. Les moyens technologiques appropriés et interopérables doivent être pourvus. Tous parcours doit être sécurisé, certifié (c'est entre autres le rôle de l'analyse de pratiques professionnelles), évalué, en mettant en perspective la pertinence des actes et des soins par rapport aux investissements engagés. Le parcours est autonome et économe. Il est organisé, construit, balisé : RAAC, anticipation, programmation, signalement, lanceur d'alerte. Le parcours doit être co-construit, co-évalué ; le rôle de la démocratie en santé est ici important.

Il est important que l'ARS puisse présenter à la CRSA Bretagne un rapport annuel sur les améliorations des coordinations et sur les améliorations produites au bénéfice des usagers en matière de parcours.

Ce rapport doit également inventorier les types de situations de ruptures, les insuffisances dans les entrées de parcours dommageables à l'usager, les obstacles repérés à la qualité des soins et accompagnements, et présenter des propositions d'amélioration.

Plus particulièrement sur le parcours de santé des personnes vieillissantes, la CRSA Bretagne estime qu'il faut disposer de toutes les composantes sur un territoire du parcours qualitativement et quantitativement. Nous assistons à la disparition de structures intermédiaires comme les foyers-logements. Il faudrait que soit garanti l'accès aux soins au plus près du domicile. Nous avons un manque d'offre Personnes Agées dans certains territoires et des disparités dans ce domaine entre les territoires. Nous regrettons une méconnaissance de réalisations innovantes faites en certains endroits du territoire tels des pavillons construits à proximité de l'EHPAD permettant aux personnes qui les habitent d'y aller déjeuner à l'EHPAD. La société se doit de répondre aux problématiques de prévention du vieillissement en agissant sur :

- L'urbanisme, les déplacements, les transports
- La construction de logements dans l'espace urbain ou rural et leurs positionnements par rapport aux offres de services existantes
- L'articulation et la complémentarité des différentes interventions

Tout ceci devant contribuer à l'autonomie des personnes et ce, en toute sécurité.

La vigilance collective active peut permettre une éducation, une pédagogie, une acculturation à ce que chacun soit acteur de son parcours de vie.

Observer, analyser les fragilités, les vulnérabilités pour mieux les dépister et ainsi éviter l'installation d'incapacités chroniques, irréversibles.

A l'échelle d'un territoire, il sera développé des plates-formes de services offrant des réponses graduées ; une gouvernance commune entre EHPAD et SSAD permettrait une meilleure lisibilité et optimisation des ressources et moyens, dont les moyens humains.

Le vieillir, bien vieillir à domicile n'a de sens que si le nombre de places en accueil de jour augmente sensiblement, que les places d'hébergement temporaire se développent, que les plates-formes de répit pour les aidants maillent le territoire, que les soutiens et soins à domicile soient efficaces.

A défaut d'avoir un personnel infirmier de nuit (ce qui reste l'objectif) dans les EHPAD, il conviendrait de créer un service d'urgence dédié aux personnes âgées..

Des unités de soins palliatifs dans les Etablissements médico-sociaux permettraient que la fin de vie à domicile (en EHPAD) soit une réalité respectueuse de la personne âgée.

Il est important que l'ARS repère, en lien avec les Conseils Départementaux, les efforts continus des communes pour améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées dans une diversité d'offre (ex de l'habitat...).

Une politique publique de prévention envers le vieillissement devra s'appuyer sur le repérage réalisé par les services d'aide à domicile, et offrir des réponses adéquates de premier niveau aux personnes. Le Projet Régional de Santé doit prendre en compte la nécessité de faire évoluer le regard de notre société sur les "vieux" ce qui doit déboucher sur un plus grand respect des personnes et de leur droit à garder la maîtrise de leur parcours de vie.

Même si elle est marquée par l'âge et la maladie, la personne âgée doit d'abord être considérée comme une personne; ses souhaits, ses choix, ses potentiels, ..., sa dignité et sa responsabilité sont à prendre en compte. Tout réseau d'acteurs - accompagnants familiaux, institutionnels, etc...- s'il cherche à construire des parcours coordonnés, des actions de prévention, des interventions pour lutter contre l'isolement... sans la

participation des « bénéficiaires », en amont, dans l'action, et après, pour l'évaluation, ces projets ne pourront permettre à la personne âgée de demeurer acteur de sa vie... jusqu'au bout de sa vie.

Il s'agit bien évidemment de prendre en compte les pertes d'autonomie de la personne âgée, ses besoins d'être représentée parfois etc. En même temps un principe serait au cœur de la démarche : ne jamais faire devenir la personne âgée un « objet de soins », mais de travailler le concept « faire avec/ faire à la place ». Il s'agirait de chercher, dans une approche dynamique, à toujours considérer la personne âgée comme porteuse d'attentes, de besoins, de désirs, de projets pour tous les aspects de sa vie (activités du quotidien, dimensions culturelles, sociales, économiques...).

Toute action envers les personnes âgées doit intégrer un volet indiquant concrètement le degré et le mode de participation des « bénéficiaires », qu'il s'agisse de la construction, l'évaluation et l'ajustement d'un projet. Que ce soit pour les CVS ou autres formes de concertation, les personnes âgées ont souvent peur de donner un avis qui.... Il faut changer cette approche en donnant la parole aux intéressés, en intégrant cette parole comme élément positif dans l'expérimentation, en lui donnant une valeur importante pour la pérennisation des actions, en montrant comment les personnes âgées sont intégrées dans le réseau d'acteurs (approches nouvelles et difficultés de fonctionnement comprises). Il s'agit également d'engager des actions afin de dédramatiser et rendre moins difficile, pour les proches et/ou aidants familiaux, l'entrée d'un parent en EHPAD ; les entrées se font malheureusement trop souvent dans l'urgence.

La CRSA Bretagne demande que soient mis en adéquation les souhaits-possibilités populationnels et l'offre.

Les structures intermédiaires que sont les résidences seniors sont très-trop chères eu égard aux revenus de la population. Une vraie question est celle du coût du maintien à domicile. Dans certains départements, les foyers-logements (résidences autonomes aujourd'hui) ne font pas le plein car la demande des personnes âgées évolue ; elles souhaitent être maintenues à domicile le plus longtemps possible. Des projets d'habitats autonomes ou dits « intermédiaires » avec des supports d'accompagnement au vieillissement et de prévention de la perte d'autonomie se mettent en place. Les souhaits de nos contemporains évoluent : ils veulent rester plus longtemps chez elles, mais l'entourage familial ne peut pas toujours les assister comme auparavant.

D'autre part, il y a des pathologies lourdes pour lesquelles, il n'y a pas d'autre solution pertinente que les EHPAD. La qualité de l'accueil en EPHAD ou autre dispositif, la qualité de la prise en compte de la parole de la personne âgée, la qualité des dispositions prises pour les relations avec les proches et/ou aidants familiaux de la personne âgée, sont des éléments essentiels des données qualitatives d'évaluation à adjoindre aux données quantitatives des prises en charge et des accompagnements. L'ARS doit pouvoir présenter annuellement à la CRSA Bretagne son analyse sur l'évolution de cette problématique ainsi que ses travaux effectués en lien avec les collectivités territoriales, leur politique publique d'habitat, d'équipements disponibles aux personnes âgées, en situation de handicap ou vieillissantes.

En synthèse de cette thématique du parcours,

il s'agit de souligner que :

L'intérêt de la notion de parcours est de focaliser l'attention et les dispositifs sur le patient, l'utilisateur ; le parcours comme trajet à vivre par le patient au sein d'un système complexe insuffisamment coordonné ;

Le parcours de santé et de vie concerne tout le monde, même si une attention particulière doit être portée aux situations dites complexes, aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap, aux personnes vulnérables ;

Les coordinations, les réseaux, les filières, les autres dispositifs sont des outils pour améliorer le parcours des patients et des usagers ;

Les principes éthiques, le respect d'égalité d'accès aux droits et la liberté du patient sont des points constants de vigilance ;

Les parcours sont à organiser pour ne pas laisser les patients, usagers et-ou aidants dans l'incertitude ou la non réponse adéquate de la part de notre système de santé ; aucune rupture de parcours ne doit se faire au détriment de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement ;

L'efficacité d'un parcours repose pour beaucoup sur un ensemble de moyens suffisants et disponibles que l'Etat doit mettre à disposition.



Organisme de démocratie en santé

Santé mentale : pour un meilleur accès et un développement des dispositifs



Pour s'inspirer pleinement du concept « **Réponse Accompagnée Pour Tous** » (RAPT), il faut avoir conscience concernant la tranche d'âge 15/25 ans que nous sommes face à une RRAPT d'une autre nature (**Risque de Rupture Avéré dans un Parcours Type**). Cette tranche d'âge est une période de tous les dangers, période de mutation, construction/déconstruction, avec apparition des premières manifestations de troubles psychiques et les risques de rupture des parcours :

- rupture dans l'accès aux soins et de l'accompagnement. Il faut « aller vers » ces personnes souvent invisibles
- la prise en compte du handicap psychique et du niveau de maturité de l'intéressé, en tenant compte de l'environnement, des addictions et de l'emprise des autres
- l'inadaptation en matière d'éducation, formation, emploi, logement et parfois rupture avec la famille qui précipite le jeune dans l'errance, voire la délinquance
- rupture des droits et des devoirs

A signaler des contraintes réglementaires incontournables actuellement, à savoir la question des dates butoirs rappelées ci-dessous de façon non exhaustive : 16 ans : fin de la scolarité obligatoire ; 18 ans : majorité civile ; 20 ans : passage aux dispositifs adultes pour la MDPH ; 15 ans et 3 mois : relais de la Psychiatrie Infanto Juvénile à la Psychiatrie Générale ; 21 ans : fin de droit par rapport à l'accompagnement des jeunes majeurs. Des dérogations doivent être envisagées pour éviter les ruptures de parcours au détriment du bien-être du patient.

La santé mentale est un concept beaucoup plus large que l'accès aux soins pour des pathologies bien identifiées.

Il a été mis en évidence le grand intérêt des CAO (Cellules d'Accueil et d'Orientation) qui sont en lien étroit avec les équipes mobiles de psychiatrie permettant un meilleur accompagnement du fait de la mise en commun des informations. On note la nécessité absolue du décloisonnement des dispositifs avec son corollaire, le secret partagé, dont la réglementation autorise la pratique bien entendu de manière encadrée.

Ce domaine rejoint les points 2 et 5 du nouveau Projet Régional de Santé qui donne pour objectifs : « décloisonnement du système au bénéfice d'une prise en charge globale de la personne » et « le dialogue entre les acteurs ». A ce sujet il est suggéré que les Maisons

des Adolescents soient le lieu privilégié de la coordination du panel de dispositifs existants en plus de sa mission régalienne d'écoute et d'accueil des jeunes en souffrance.

L'ARS devra pouvoir fournir annuellement à la CRSA Bretagne un état montrant les actions menées pour faciliter l'accès de tous aux dispositifs de santé mentale, pour supprimer les ruptures de parcours et faire des propositions pour l'amélioration du système de santé mentale.

Les acteurs de la prévention travaillent beaucoup avec divers acteurs notamment sur la prévention du suicide et souhaitent la création de nombreuses passerelles entre les divers acteurs pour un accompagnement global et agir sur tous les leviers en même temps.

Nous devons également évoquer le problème des jeunes souffrant de troubles de la personnalité qui sont plus compliqués à accompagner par rapport à ceux présentant des troubles psychiatriques bien identifiés. Ce n'est pas une seule institution qui peut répondre à cette problématique car cela nécessite plusieurs réponses diverses avec une nécessité de formations croisées entre différents professionnels.

Le décrochage familial pourrait être prévenu si les différents professionnels intervenant près du jeune confrontaient leurs observations. De nombreux dispositifs existent qui pourraient « mettre une pierre à l'édifice » pour participer à l'évaluation complète d'une situation : collèges et lycées, Mission Locale, éducateurs, SAMU social, CDAS etc.

La formation des familles est importante. Nous avons l'exemple récent de la formation « Profamille » dispensée par le CHGR qui a le mérite de prodiguer conseils et formation aux familles pour éviter des attitudes ou des comportements à l'égard du malade psychique qui seraient la cause (ou le prétexte) à une rupture familiale.

Nous avons également la problématique des personnes jeunes en errance dont un tiers sont des malades psychiques en rupture de soins avec en corollaire toutes les problématiques que cela génère : addictions, violence, délinquance. Il en est de même dans la population carcérale où un nombre important de détenus présente des pathologies psychiques. Il faudrait rompre ce cercle vicieux hôpital-rue-prison...

L'œuvre du réseau SDS (Soins Dentaires Spécifiques) est très importante. C'est une action en lien avec les CPAM, qui tente d'imaginer des actions nouvelles pour amener les populations handicapées psychiques notamment à mieux fréquenter leurs cabinets. Plus globalement, les organismes de Sécurité sociale de la région devraient rendre compte annuellement à la CRSA Bretagne des actions qu'ils financent pour soutenir l'égalité d'accès de tous au système de santé.

La CRSA Bretagne exprime trois regrets :

- les programmes nationaux dans le domaine du handicap sont insuffisants même s'ils sont déjà importants ;

- les liens avec les équipes pédagogiques et de soins des établissements sont insuffisamment développés ;

- les demandes des familles sont trop inaudibles dans ce domaine.

L'Education Nationale a un grand rôle à jouer compte tenu qu'elle est en lien avec toute la population enfants-adolescents et leurs familles. Elle devrait pouvoir :

- participer à la coordination des divers intervenants en amont lorsqu'une pathologie est bien identifiée ;
- développer la formation des enseignants pour les sensibiliser à ces problématiques de troubles psychiques et au repérage des troubles des comportements le plus précocement ;
- augmenter les postes de psychologues scolaires dont le rôle est particulièrement important afin de ne pas stigmatiser le jeune en médicalisant une situation de souffrance qui n'entre pas nécessairement dans le champ du handicap ; augmenter le nombre de postes de médecins et infirmiers scolaires.

Dans le même esprit il semble intéressant que les jeunes en attente de prise en charge et/ou de place CMPP, ITEP etc... puissent bénéficier des prestations de psychologues libéraux avec une prise en charge financière de la Sécurité Sociale.

En santé mentale, les interventions à domicile sont un champ beaucoup plus vaste que les seuls soins ambulatoires car l'objectif est l'accès à la citoyenneté de personnes handicapées psychiques dans tous les aspects de leur vie.

Le secteur souffre d'un manque cruel de moyens pour assurer les missions diverses nécessaires à un accompagnement de qualité et une véritable alternative aux institutions. La politique de la loi Santé doit permettre une collaboration étroite et un décloisonnement majeur entre divers secteurs œuvrant dans le champ du handicap psychique. Or, le fonctionnement des appels à projets met en concurrence les établissements et services entre eux, ce qui ne facilite pas ensuite la collaboration recherchée eu égard à la qualité des accompagnements. D'où le grand intérêt qu'il faut souligner des GSMS permettant d'offrir un projet commun à différents acteurs.

Par ailleurs, la recherche en psychiatrie doit être un axe prioritaire comme, par exemple, depuis plusieurs années la réhabilitation sociale ou la re-médiation cognitive qui engrangent des résultats prometteurs. En parallèle, il faut développer la formation des acteurs professionnels, infirmiers, urgentistes, personnels des établissements du médico-social, les médecins généralistes ainsi que de l'entourage familial. Ceci est aussi vrai pour les services de secours, la police ou les agents d'accueil des administrations. Cet effort de formation pour des acteurs multiples est le meilleur garant pour une bientraitance des personnels, des usagers et de leurs familles dans des établissements où la mixité des personnes porteuses de handicaps différents est devenue incontournable (déficience intellectuelle et handicap psychique) ou encore dans les services en

ambulatoire. A noter aussi les besoins en formation des Elus territoriaux (maires et adjoints notamment) confrontés aux soins sous contrainte et troubles à l'ordre public.

La rigidité des orientations de certaines MDPH en Bretagne est préjudiciable aux usagers dans la mesure où une double orientation d'emblée permet de faciliter des passerelles dans la gestion de leur parcours (SAVS/SAMSAH ou FAM/MAS par exemple). Au niveau du recensement des besoins, le «tryptique» du recensement des besoins mis en place par la MDPH35 permet d'affiner les besoins au plus près du lieu de vie de la personne et donc de formuler des orientations cohérentes et pertinentes. Rappel du tryptique : trois documents spécifiques au handicap psychique à joindre au dossier MDPH : un document rempli par l'utilisateur, un par son entourage et un par les services médico-sociaux. Cette bonne pratique devrait être généralisée, notamment lors de la diffusion en mars 2017 du prochain guide de la CNSA portant sur le handicap psychique.

Concernant une personne malade psychique en situation de crise aiguë, Il serait essentiel d'introduire des compétences psychiatriques au SAMU du fait de la forte réticence voire du refus des médecins traitants à intervenir au domicile, même avec des services de secours ou de police.

Enfin, pour faciliter la mise en œuvre de la politique de santé mentale en Bretagne, il serait pertinent de fusionner les réunions des commissions spécialisées en santé mentale des Conseils territoriaux de santé, nouvellement constitués, au niveau du département, puisque c'est le département qui est le territoire de référence choisi par les acteurs en santé mentale. Cette proposition est fortement souhaitée par l'Ille et Vilaine dans un souci de cohérence et d'efficacité.

Enfin, trois dernières préconisations importantes :

- **renforcer l'ambulatoire en psychiatrie au plus près du domicile, y compris dans certaines situations vers l'HAD, beaucoup mieux adaptée aux besoins des patients, mais cela demande des moyens ambulatoires qui n'existent pas aujourd'hui en psychiatrie.**
- **Assurer des complémentarités et des coordinations pour tous les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour limiter les ruptures de parcours**
- **améliorer les conditions d'accès aux urgences en psychiatrie, s'inspirer des réussites dans certaines villes, renforcer les compétences pys dans les SAMU**



Soutenir et renforcer la qualité et la pertinence des soins et de l'accompagnement des personnes.

Une première définition de la pertinence est nécessaire.

Elle peut être la suivante : il s'agit de l'acte le plus adapté, le plus efficace. C'est une notion qui est variable. Aujourd'hui, la pertinence s'est aussi être en adéquation avec les besoins.

Il est important de se poser la question à la fois de la pertinence des soins mais aussi de son rapport aux patients. Le patient doit pouvoir prendre une décision éclairée. Cela suppose la qualité de l'information et pose aussi la question de la communication avec le patient et de la nécessité d'une formation à la communication avec les patients.

Il a été soulevé les problématiques de la capacité du patient à décider notamment pour toutes les questions d'handicap, de maladie... La situation d'urgence, par contre, ne permet pas toujours aux patients de décider. Il faut également prendre en compte la capacité du patient à comprendre et l'importance de la personne de confiance. Cela peut être un dispositif à généraliser pour favoriser les prises de décisions.

Les référentiels de bonnes pratiques sont utiles afin de mettre en place des actions qui soient ressenties comme pertinentes. Comment prendre en compte le facteur temps lorsqu'il faut être en mesure de prendre des décisions rapidement ? La pertinence n'est-elle pas le consensus entre le professionnel et la personne concernée avec la relation de confiance qu'il arrive à mettre en place ensemble ?

Toute instance régionale ou lieu de concertation ayant pour objet l'amélioration de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions ou la diffusion de la culture de la pertinence des soins ne peut être valablement instaurée qu'avec la présence majoritaire de représentants des professionnels et des usagers, des représentants des ordres professionnels concernés et la présence forte de membres de la CRSA Bretagne afin d'œuvrer à la meilleure appropriation de cette question de pertinence les personnes concernées au quotidien et à leur meilleur engagement possible dans une relation de confiance.

La pertinence dépend également du contexte social et culturel. La question des ressources en santé se pose. Faut-il des structures partout ? Quelle nature de structure ? La question de la pertinence des mesures de prévention se pose.

Dans les notions de pertinence, l'éthique et la nécessité de la collégialité dans les comités d'éthique sont importantes. Le parcours de soins doit être adapté, pertinent et doit permettre aux patients d'avoir le plus de chance possible. Il a été

soulevé la question de savoir se remettre en cause au niveau des équipes soignantes. Le manque de pertinence est cause de mal être au travail pour ces équipes. Les personnes intervenant au domicile peuvent avoir des démarches de repérage, des démarches de dépistage de certaines pathologies. Les pertes de pertinence peuvent aussi s'expliquer par des nouvelles organisations mises en place pour répondre à des problématiques de moyens.

En lien avec la pertinence, il faut développer la culture de l'évaluation ; il y a la nécessité d'une formation continue en matière d'évaluation. L'évaluation doit être simple et efficiente. L'évaluation signifie aussi constater les échecs comme occasion de rebondir.

Performance et innovation dans le Système de Santé en Bretagne au bénéfice de tous



Notre système de santé connaît actuellement de fortes innovations de double teneur : technologiques et organisationnelles.

Une innovation dans le système de santé doit nécessairement être un progrès pour le patient, l'utilisateur et ses proches et/ou aidants familiaux. Comment organiser et soutenir les développements innovant en savoirs et technologie. Il faut d'abord souligner que les professionnels de santé s'engagent depuis longtemps dans un exercice de qualité, dans la performance et l'innovation. Le niveau des financements n'est pas toujours à la hauteur des attentes des professionnels et des usagers.

Innovation

Performance et innovation dépendent de la prise en compte des évolutions des savoirs. S'appuyant sur les programmes nationaux et les mobilisations des associations d'utilisateurs en santé et autres acteurs, le Projet Régional de Santé doit s'engager dans le soutien à la recherche clinique de haut niveau. Toutes les disciplines sont concernées. Pour exemple, prenons la discipline génétique clinique qui se développe et pour laquelle, en plus d'une réflexion éthique constante, induit trois principes à dégager :

- Veiller à une équité d'accessibilité des patients aux avis de génétique clinique et diagnostics biologiques sur l'ensemble du territoire breton.

- Soutenir et suivre la structuration au niveau inter-régional d'une activité de séquençage à haut débit à visée de diagnostic.
- Améliorer la lisibilité de l'organisation du territoire breton des équipes de génétique clinico-biologique en termes de recours et/ou d'expertise.

Selon un expert en innovation, Francis Pisani, innover est d'abord un processus qui convoque les acteurs sur plusieurs mécanismes, ceux de l'observation, du maillage, des principes d'expérimentation et de l'acceptation de remise en question. Il s'agit de rompre avec les habitudes, ce qui n'est simple pour personne ni pour les structures et établissements, et ce d'autant plus si elles sont anciennes et importantes. Cependant nous ne fonctionnons jamais seuls mais toujours confrontés à un contexte inévitablement en mouvement, caractéristique de toute société humaine.

Pour la CRSA Bretagne, la vision de l'innovation ne doit pas être d'être pilotée de manière technocratique par quelques-uns au niveau central de l'Etat, car il n'y a de réelles innovations que celles ancrées dans les pratiques quotidiennes et dans un espace de liberté rendant possible leurs émergences.

L'innovation est à considérer comme ressource et progrès possible pour le service rendu à la population, aux usagers. L'innovation est également motrice dans les expériences professionnelles si les professionnels et tous les acteurs sont intégrés en permanence au processus. Il ne doit pas y avoir d'innovation sans bénéfice pour les usagers, sans acceptabilité par les professionnels. Par exemple à l'hôpital, son organisation, les PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation) et la mesure de leur impact, des bénéfices pour le service rendu et les patients.

L'innovation organisationnelle est à envisager comme dynamique positive, et en premier lieu bénéfique aux patients, aux usagers et aux professionnels. Elle ne doit pas susciter des inquiétudes néfastes au bien-être des professionnels de santé ni déréguler les services aux usagers.

Compte tenu des insatisfactions actuelles en matière de parcours, l'innovation est un axe de réflexion. Si le parcours est ce trajet que l'utilisateur en santé effectue dans un dédale de dispositifs en partie illisible et en partie inconnu des acteurs eux-mêmes, ce parcours usager interroge la cohérence et l'efficacité du système de santé. Du côté des organisations, l'innovation est souvent entendue comme visant l'optimisation, par exemple par meilleure coordination, favorisant la fluidité = maillage technocratique! L'exemple cité est celui des PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie).

Faut-il imposer cette optimisation dans une approche technocratique et comptable, ou faut-il soutenir une démarche s'appuyant sur la dynamique des acteurs ? Cette dernière approche est celle de la CRSA Bretagne.

L'innovation se présente également par le service. Le système de santé vise à assurer le meilleur service en santé à la population. Cela interroge le rapport proximité / service et l'organisation du territoire de vie, du territoire de santé et de son maillage. Le service est-il adéquat aux besoins de santé. A l'issue d'un repérage nécessaire des insuffisances

de services rendus que l'ARS doit pouvoir faire de manière explicite, associé aux réflexions communes des usagers-professionnels et responsables d'établissements et de services, l'innovation par le service est une ressource.

L'amélioration par le service rendu au plus proche se réalise par le "service patient" qu'il s'agit de définir opérationnellement ; par l'amélioration de la qualité de vie et d'exercice du professionnel de santé et éventuellement de l'accompagnant.

L'amélioration par le service rendu est à mettre en perspective avec le champ social et celui de l'éducation. Elle interroge le soutien et la structuration des équipes de soins de proximité, notamment du volume de patients, des territoires manquants de professionnels de santé ou de structures d'accompagnement.

Ce point du COS proposé par l'ARS ne doit pas mettre en premier l'identification des économies mais l'identification des améliorations du service rendu. Par exemple, une meilleure prévention, une meilleure entrée dans le parcours de santé réduisent les coûts ultérieurs. Des centres de santé au modèle économique garanti par nos financements solidaires sont, pour certaines populations et certains territoires, des réponses parmi d'autres à assurer.

Cette amélioration par le service rendu est liée à l'évolution vers les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS). Il est indispensable que l'ARS soutienne et facilite ses dynamiques en se fondant sur les deux principes de liberté et d'engagement.

La confiance et le respect doivent être le socle de toute réflexion de l'ARS envers les professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou hospitaliers publics ou privés. Faciliter les dynamiques des CPTS ou autres groupements professionnels, et donc renforcer la performance, ce peut être d'engager des simplifications administratives.

La transparence de gestion des moyens et des soutiens aux évolutions des organisations du système de santé en région doivent être de rigueur. L'ARS est responsable de l'utilisation des fonds publics ou autres qui lui sont confiés. Elle gère l'attribution des financements qu'elle octroie aux acteurs libéraux, hospitaliers, publique et privé doit se faire dans une totale transparence.

La CRSA demande que les acteurs et en particulier les représentants des Fédérations soient consultés avant les attributions de financement et que tous les financeurs, ARS, Conseils Départementaux et autres organismes publics présentent annuellement un état détaillé des financements qu'ils octroient. L'ARS doit pouvoir présenter annuellement à la CRSA Bretagne un état de son action sur ces dimensions.

Dans le schéma d'une offre graduée de soins dits de proximité - intermédiaire - à distance (hospitalisation), les informations transparentes doivent être données aux acteurs et aux usagers. Si nous prenons le cas de l'ambulatoire, il s'agit de la positionner comme partie prenante des actes médicaux, c'est-à-dire sur décision médicale compte tenu des éléments du contexte social et organisationnel. Il ne peut s'agir d'une alternative comme précisé dans le texte de l'ARS mais comme élément d'action des professionnels de santé.

L'innovation par le service et l'organisation dans la régulation pourra se faire via des dispositifs territoriaux originaux, à la taille des pôles et / ou des maisons de santé ou des CPTS selon l'organisation territoriale existante ou en construction, dans l'attention portée aux initiatives d'acteurs.

En s'appuyant sur les secrétariats médicaux, renforcés au besoin par du personnel plus spécialisé, l'on pourra répondre aux problèmes et demandes d'ordre médico-social de façon plus organisée. Les économies en temps/ frais de déplacement, temps des personnes, perte de chances, doublons etc... sont prévisibles. Le service rendu inestimable à tel point qu'il ne faut pas limiter ce type de service à la gestion des cas complexes.

Ces PT(A) O (Plateforme territoriale d'organisation) devront bénéficier d'un financement mixte, via un renforcement des moyens de structure alloués via les accords conventionnels (CNAMTS), d'autre part via des ressources sociales (départements, collectivités locales ...). A propos de la régulation type PARM (Permanencier auxiliaire de régulation médicale) en journée offerte à tous via une PTA (plateforme territoriale d'appui), cette plateforme multifonction devrait avoir une partie de son activité comme appui aux cas complexes. Les différences de types de financements entre le sanitaire (financement Cnam – conventionnel) et le social hors Sécurité sociale sont à examiner en répondant aux problèmes soulevés par les professionnels et les structures.

L'innovation peut se situer dans le champ technique et technologique. Le contexte actuel est nécessairement confronté aux systèmes informatisés et à leur évolution très rapide, à la dématérialisation des dossiers, des données. Si les évolutions technologiques nourrissent l'innovation d'organisation, la C.R.S.A. Bretagne souligne qu'il ne doit pas y avoir d'outil sans projet, ni sans projet médical quand nous nous situons dans le champ sanitaire, sinon l'innovation est vouée à l'échec.

L'amélioration est celle du service au lit du malade.

Sur le champ de la télémédecine, la CRSA Bretagne avait déjà formulé des recommandations. Nous en rappelons ci-après quelques-unes. Le développement de la télémédecine ne doit se réaliser que dans la visée des bénéfices pour les patients et de leurs proches et/ou aidants familiaux : amélioration des diagnostics, des suivis, des délais de prises en charge, de la qualité de prise en charge, améliorer l'égalité dans les prises en charge. La télémédecine est un outil au service de la prise en charge des patients ; c'est un moyen et non une finalité. La télémédecine ne doit pas simplement viser à palier un problème de démographie médicale. La télémédecine est à utiliser comme assistance, complément, solution d'entraide pour les équipes et non comme mode d'organisation du système de santé. Elle doit donner lieu à une meilleure reconnaissance des engagements du corps médical : temps, évolutions technologiques, évolution des exercices vers une plus grande collégialité.

De la même manière, nous ne pouvons que constater *le développement des objets connectés et des applications téléphones intelligents*. Sachant que le turn-over dans ce développement est de 1% par jour, il y a lieu que la Bretagne, afin d'établir une « confiance connectée », puisse soutenir une démarche de qualité et de pertinence d'utilisation avec un processus

de labellisation au service des professionnels de santé et des usagers. Il faut que la relation directe patient-médecin soit privilégiée au-delà des questions techniques ; le médecin généraliste et le spécialiste référent en libéral restent les interlocuteurs privilégiés du patient.

L'ARS doit pouvoir fournir annuellement à la CRSA Bretagne un état des évolutions en matière d'implantations des technologies nouvelles, de l'utilisation de dispositifs médicaux connectés et de la télémédecine ainsi que d'une évaluation des apports bénéfiques qu'estiment les usagers et les professionnels de santé.

La Performance

En référence aux travaux de Norton et Kaplan, la performance correspond à la sommation complexe de l'efficience et de l'efficacité.

L'efficience étant l'adéquation des moyens pour les résultats escomptés, l'efficacité correspond aux résultats en fonction des objectifs fixés.

La performance peut se matérialiser du côté d'une analyse financière avec les engagements de dépenses pour l'innovation, la prise de risque financière des offreurs de soins. Il faut accepter de prendre des risques d'investissements pour mieux prendre en charge.

La performance nécessite souvent un apprentissage organisationnel, c'est-à-dire savoir modifier les organisations sans tarder au double bénéfice de la qualité et de l'efficience.

- adéquation des pratiques aux procédures y compris pour le management
- amélioration de la formation / compétences
- analyse des pratiques professionnelles -> remise en question et suivi d'indicateurs qualité
- convergence des systèmes d'information
- investissement immobilier.

Sur le service :

La satisfaction concerne tant les patients que les professionnels de Santé, les travailleurs sociaux, les élus politiques, les fonctionnaires et assimilés de l'ARS responsables de la politique publique en santé...

Sur la qualité

Si possibilité de mesurer tous les indicateurs de qualité de l'ensemble du processus -> augmente la performance par une analyse des pratiques professionnelles.

L'innovation est un processus au long cours. Elle comprend nécessairement un accompagnement au changement.

Quelques idées et questionnements de la C.R.S.A. Bretagne sur ce projet de santé à dix ans.

Il faut accepter que, face au coût d'innovation, le retour sur investissement n'est pas toujours immédiat, mais cette innovation est d'abord pour améliorer le service à l'utilisateur. Le coût d'une innovation se répartit sur plusieurs années. Le PRS étant un projet à 10 ans, à quoi l'ARS peut-elle s'engager pour l'innovation ?

Comment introduire la demande, évaluer la demande dans l'innovation organisationnelle ? La pression technologique et sur l'innovation ne correspondent pas toujours de réels progrès. Une éducation est nécessaire pour changer notre système de santé. Il est important de soutenir et d'agir pour passer du curatif au préventif (tant au niveau de l'offre que de la demande). Il faut développer une formation de tous au service de la santé pour tous.

En synthèse

de la proposition ARS sur « Développer la performance et l'Innovation dans le Système de Santé en Bretagne », la CRSA Bretagne appuie les recommandations suivantes :

L'innovation n'est progrès que si elle apporte du plus à tous ;

L'innovation nécessite des espaces de liberté et souvent un affranchissement raisonné de cadres réglementaires contraignants ;

La performance est le résultat de pratiques innovantes à tout égard : technique - organisation - relationnel ;

L'ARS doit être facilitatrice des évolutions, dans la transparence et le respect de l'ensemble des composantes du système de santé ;

L'ARS doit s'engager à permettre à tous les usagers, dans l'égalité d'accès, à bénéficier des innovations qu'elles soient organisationnelles ou d'avancées dans la connaissance des meilleurs traitements et des bonnes pratiques.



Première des priorités, la prévention et la promotion de la santé



La C.R.S.A. Bretagne, les membres de sa commission Prévention et de manière transversale avec les autres Commissions spécialisées, soutiennent fortement que **la promotion de la santé et la prévention sont la priorité du système de santé en Bretagne.**

Elles sont un vecteur de garantie du capital santé de chaque personne. S'il faut à la fois une prévention incitative et une prévention ciblée, une insistance particulière doit être apportée à la promotion de la santé dans le cadre de la globalité et de la précocité de l'approche des actions. Il ne faut pas réduire la promotion de la santé à une approche sectorielle ni par les risques mais dans une approche globale et généraliste de la santé.

La prévention et la promotion de la santé sont deux approches complémentaires, la promotion de la santé est globale et porte d'abord sur les conditions de vie, les compétences psychosociales, la prévention, plus ancienne dans sa conception, cible des problématiques particulières et s'adresse souvent plus volontiers aux comportements individuels.

Il s'agit d'être vigilant à ne pas oublier la nécessaire approche globale quand certaines thématiques sont déclarées importantes à inscrire dans le Projet Régional de Santé en Bretagne à des fins de prévention et d'éducation telles : les conduites addictives, à commencer par l'alcool et le tabac (alcoolisme fœtal ; alcoolisme ; alcoolisme des jeunes ; alcoolisme des adultes ; tabagisme ; addictions aux substances psychoactives) ; la sécurité routière ; la santé du jeune enfant et son accès à garantir aux dispositifs de santé ; la santé des adolescents ; l'alimentation et l'activité physique ; la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes dont l'autonomie est affectée. Cette liste n'est pas exhaustive : l'élaboration du PRS a été précédée d'une étude de l'état de santé de la population bretonne qui identifie différents éléments de fragilité.

Le Projet Régional de Santé en Bretagne doit s'engager sur une offre de santé en termes de promotion et de prévention à tout âge et sur tous les territoires.

Dans le cadre d'une prévention primaire, par l'éducation dès le plus jeune âge, à partir du potentiel santé initial dont chacun est doté, il s'agit de se constituer un capital santé, le préserver, l'entretenir, voire l'améliorer (activité physique régulière, nutrition, vaccinations...). L'Education vise à développer une conscience de soi, de son corps pour être l'artisan du bien vivre tout au long de sa vie, et s'entraîner à un bien vieillir tout au long de la vie !

Le Projet Régional de Santé en Bretagne doit préciser les objectifs opérationnels. Il est important que l'ARS Bretagne puisse rendre compte annuellement devant la plénière C.R.S.A. Bretagne des moyens spécifiquement dévolus, des actions engagées et des avancées produites en matière de santé.

Le Projet Régional de Santé en Bretagne doit faire de la prévention précoce une vraie question de politique publique. Il s'agit de manière générale d'intervention précoce, d'agir avant que le problème n'arrive, un défi pour l'avenir.

L'article 1er du titre liminaire de la loi du 17 décembre 2015 rappelle l'obligation d'une « *promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer* ».

Il faut agir de manière très volontariste sur les facteurs déterminants de santé.

avec des consultations pour un bilan « mode de vie, environnement »

bilan qui doit permettre

- de poser un « diagnostic » non pas médical mais environnemental au sens large afin de faire de prévention précoce ;
- d'identifier, pour les actions de prévention, des actions adaptées, le moment où elles se font et les facteurs déterminants de santé modifiables ou non (sur lesquels il est encore possible d'agir) ;
- d'accéder au domicile pour un éclairage sur l'environnement familial, les facteurs déterminants de santé ;
- de travailler à partir des lieux de vie des personnes et pour les jeunes enfants l'accueil en structure pour favoriser la socialisation, le langage, les repères, etc..., avec accompagnement des familles vulnérables ;

La CRSA Bretagne soutient les actions envisagées dans le futur Programme santé-Environnement n°3.

La CRSA Bretagne soutient plus particulièrement les actions d'éducation en santé-environnement, privilégie les actions qui mobilisent les acteurs sur les territoires, et soutient le développement des contrats locaux de santé (CLS) qui ont montré tout leur intérêt sur l'ensemble des actions engagées en santé :

- Créer un habitat favorable à la santé : installer des parcours sportifs, favoriser le lien entre les habitants, rendre le centre-ville piéton, rendre possible et favoriser les déplacements doux et actifs... ; faciliter l'accès aux infrastructures (ex piscine...), créer des jardins partagés en impliquant les habitants via les associations de quartier, mais aussi agir sur la qualité de l'air intérieur ;

- Identifier les lieux propices aux actions en associant les parents : maternité, lieux d'activités sportives, structures d'accueil du jeune enfants, école,

Des objectifs précis d'actions, objectifs opérationnels et évaluables annuellement doivent être proposés dans ce cadre de Projet Régional de Santé.

Il est nécessaire de s'appuyer sur les acteurs de la promotion de la santé et de prévention.

La CRSA Bretagne prône l'inter-sectorialité entre les professionnels

Les professionnels de santé entre eux se méconnaissent ; le soin, la prévention, la promotion de la santé demandent à être travaillés en synergie et non isolément ;

D'avantage d'articulation entre la prévention-promotion de la santé, le sanitaire, le médico-social, le social et l'éducatif

Les parents d'enfants ou les adultes sont « perdus »: améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de service pour les usagers

Identifier les personnes ressources y compris les professionnels de santé avant l'entrée en soins

Favoriser toutes les parties prenantes à travailler ensemble, dans le même sens

Travailler sur les représentations des acteurs, sur les postures qui favorisent l'implication, l'adhésion, la participation des usagers ;

Partage de cultures communes sans opposer curatif et préventif

Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé sont à soutenir

Lien et relais entre les différents acteurs autour de l'enfant

Diminuer les inégalités, d'orienter et d'accompagner l'enfant, la famille

Visibilité entre l'ensemble des acteurs : « chef d'orchestre »

Identifier un « référent, un garant santé » qui présenterait les valeurs du capital santé de chacun (au moment de la remise du carnet de santé, d'un acte médical...) A creuser et à relier avec l'association et l'implication des communautés.

Renforcer la légitimité du médecin référent à tenir ce rôle

La prévention : parcours précoce pour lutter contre les inégalités persistantes de santé

Comment faire en sorte que chacun soit en capacité de bénéficier des « bonnes pratiques », favorables à la santé, avant que n'arrivent les difficultés ? Il faut mettre l'accent sur la promotion de la santé, la santé dans toutes les politiques, l'amélioration des milieux de vie, l'accent sur la concertation et la coordination des acteurs.

Il faut œuvrer à un renforcement des compétences psychosociales chez les enfants et les parents, renforcer l'éducation et l'accompagnement thérapeutique, l'empowerment, la capacité d'agir du citoyen ; la co éducation tout au long de la vie

Il faut associer la population à la résolution des difficultés dès la conception des actions

Cette association doit pouvoir également s'appuyer sur les enseignements de l'Education Populaire dans le domaine.

Il s'agit d'éviter l' « effet ghetto » / communautarisme :

- Favoriser au contraire l'ouverture au monde avec des modèles de référence différents (exemplarité)
- Se confronter au monde ; moi et le monde ; acculturation ; « mettre en mouvement plutôt que prescrire »
- S'ouvrir à la culture ; se forger une personnalité ; être partie prenante de sa santé

Il faut une approche universelle et-ou ciblée, selon les situations, ne pas se priver de stratégie efficace validée

La santé des populations les plus pauvres et précaires passe aussi par la prise en compte des besoins vitaux : se nourrir, se loger, se chauffer...

Sans les stigmatiser, il faut impliquer ces personnes, ces populations en qualité d'actrices à part entière à partir de leurs projets et de leur besoins.

Des déclinaisons opérationnelles cibleront des territoires et/ou des populations. Le Projet Régional de Santé doit également mettre en œuvre la recommandation du CESE dans sa délibération du 11-01-2017 concernant les jeunes, à savoir renforcer la prévention en matière de santé pour les jeunes, inciter les jeunes à réaliser un bilan de santé dans les territoires ruraux, mais aussi dans l'ensemble des territoires, en lien avec les acteurs locaux intervenants auprès des jeunes.



En synthèse sur ce chapitre portant sur la prévention et promotion de la santé,

il s'agit de mettre en exergue :

- l'importance et la complémentarité des deux approches de la prévention et la promotion de la santé ;

- une conception globale de la santé - bien-être aux différents âges et dans les différents milieux de vie, sans clivage entre la promotion de la santé, la prévention, le soin, l'accompagnement, ni entre l'action en santé et l'action sociale ;

- **l'importance de politiques publiques soutenant les interventions précoces ;**
- **l'action volontariste envers les facteurs déterminants de santé, en prenant en compte les inégalités sociales et territoriales de santé ;**
- **le soutien aux engagements des différents acteurs et à leurs initiatives ;**
- **la coordination des acteurs au plus près des territoires ;**
- **l'intérêt d'actions allant vers les publics les plus vulnérables ou éloignés de la prévention et du soin, sans pour autant les « cibler » de manière exclusive ou stigmatisante : notion d'universalisme proportionné ;**
- **la recherche d'implication de la population dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques publiques.**

La C.R.S.A. Bretagne soutient une évolution de l'offre de soins et d'accompagnement favorisant fondamentalement le bien-être à domicile

La C.R.S.A. Bretagne souhaite que la réflexion soit portée non pas sur le maintien à domicile mais sur la vie, la qualité de vie du patient à son domicile. L'objectif n'est pas de faire une évolution en soi mais d'améliorer la qualité des prises en charge et des accompagnements en prenant en compte l'ensemble des trajets des usagers dans le parcours et les demandes des patients. L'objectif est d'améliorer l'adéquation entre les besoins des usagers, leurs demandes et l'offre plurielle de soins et d'accompagnement. L'évolution de l'offre doit également s'appuyer sur la diversité des acteurs de santé. L'égalité sociale et territoriale d'accès à cette diversité est l'un des critères d'évaluation de cette évolution proposée par l'ARS.

Service Médical rendu à domicile

Accompagnement du patient dans sa globalité.

Objectifs :

- Le patient doit participer à la construction de son accompagnement et de sa prise en soins, il doit être acteur de son parcours.
- Le patient doit pouvoir accéder à tout moment à l'information via son dossier de soins, son DMP ;
- Veiller à l'absence de rupture dans la prise en charge du patient : disponibilité des professionnels, coopération entre les professionnels, accompagnement des aidants familiaux
- S'assurer que le « juste » soin soit dispensé au regard des besoins de l'utilisateur

Anticiper, mieux coordonner, mieux organiser pour un meilleur service rendu

Objectifs :

Interopérabilité des systèmes d'information à partir d'un langage commun permettant un partage d'information plus performant entre professionnels de santé mais également avec le patient. Le groupe de travail a échangé sur l'intérêt de mettre en place un dossier de liaison unique recouvrant l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social.

Importance d'une simplification dans les dispositifs de coordination mis en place (MAIA¹⁰, PTA¹¹, CLIC¹², PAERPA¹³ ...) afin de rendre plus lisible l'organisation des territoires et le champ d'intervention de chaque acteur. La question du portage de cette coordination doit être débattue : il n'y a pas de modèle unique et toute organisation doit être adaptée à chaque territoire.

En ambulatoire versant domicile, il conviendrait de favoriser l'identification des dispositifs d'appui à la coordination spécifiques en clarifiant leur rôle et leur complémentarité tout en précisant le rôle des PTA dans la « coordination des coordinations ». Ces dernières pourraient ainsi être légitimées pour devenir la porte guichet ressource pour les professionnels libéraux notamment mais aussi plus généralement au profit des professionnels du domicile. Ainsi les autres dispositifs, expérimentations ou organisations « ressources » pourraient intervenir en articulation et être identifiés, plutôt qu'en superposition, notamment les MAIA avec la gestion de cas, PAERPA, EAS, ESA, les PASS, RAPT ...

Une réflexion doit pouvoir se poursuivre sur l'offre des établissements de petite taille, des services de proximité ; c'est le cas par exemple des petites maternités. En conclusion, le meilleur service rendu au patient à domicile passe nécessairement par la construction d'un projet transversal de territoire devant traiter des problématiques au-delà de la santé (en perspective, l'attractivité des territoires par exemple).

Réussir et développer l'ambulatoire et l'HAD au bénéfice des patients avec une qualité des prises en charge

Une réflexion est à engager sur ce qui est appelé le « virage ambulatoire » ainsi que sur la chirurgie ambulatoire. Le souhait des usagers d'être accompagnés et pris en charge à domicile est une évolution sociétale que l'organisation du système de santé doit intégrer en favorisant une diminution du temps passé à l'hôpital. La question de l'ambulatoire est une question transversale qui implique l'ensemble des acteurs.

La CRSA Bretagne s'appuie sur ses travaux antérieurs, le débat public qu'elle a organisé sur la chirurgie ambulatoire à Cancale le 4 février 2016, les travaux des ateliers du 1er décembre 2016 et du groupe de travail CRSA-HAD.

¹⁰MAIA méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie

¹¹PTA plateforme territoriale d'appui

¹²CLIC Centres locaux d'information et de coordination gérontologique

¹³PAERPA Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

Le développement de la chirurgie ambulatoire et la place de l'hospitalisation à domicile dans les parcours de soins constituent de formidables leviers pour permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge de qualité dans leur cadre de vie habituel. Il s'agit également d'éviter de confondre le dispositif ambulatoire fondé sur la pertinence et la qualité des soins sous l'autorité médicale, et tout autre dispositif social ou commercial proposant uniquement du conseil à l'usager sur du matériel.

L'évolution doit se faire au bénéfice des patients dans un cadre médical et de soins. Plusieurs questions sont posées par les acteurs de proximité. Le virage ambulatoire - notamment pour la chirurgie et la psychiatrie- impacte l'accompagnement à domicile des patients. Comment les Conseils Départementaux peuvent-ils accompagner la montée en charge de ces dispositifs ? De leur côté, les professionnels de terrain ont l'impression que ce « virage » se fait sans eux, et ne conduise qu'à une diminution de la qualité des soins et prises en charge.

Il y a un véritable enjeu à ce que ces PTA¹⁴ soient investies par la médecine ambulatoire. Mais certains médecins généralistes, les infirmiers libéraux sont très isolés. Les hôpitaux doivent faire un effort pour passer de « l'hôpital-séjour » à « l'hôpital-parcours ». Lors du débat public à Cancale en 2016, quelques recommandations y avaient été soutenues. Pour la chirurgie ambulatoire, quatre enjeux essentiels se dégagent :

- une amélioration de la qualité des soins s'appuyant sur une amélioration des pratiques;
- un meilleur confort des patients ;
- l'innovation organisationnelle au service du citoyen et des patients ;
- une coordination de tous les acteurs de l'hôpital et du territoire.

Le Projet Régional de Santé doit pouvoir prendre en compte le principe, comme le souligne l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne, que la « *démarche soignante ambulatoire implique la reconnaissance de l'indépendance professionnelle, fortement mobilisée à l'heure du virage ambulatoire censée pallier les difficultés d'accès aux soins : n'y-t-il pas lieu de la mettre en perspective avec la liberté de choix citoyenne de l'usager et son droit à l'accès aux soins?* »

Pour accompagner au mieux ce « virage » ambulatoire, le Projet Régional de Santé doit se donner comme objectifs l'amélioration des coordinations entre les différents dispositifs, une adaptation efficiente des moyens et des ressources, le bien-être des patients, des usagers et de leurs proches et/ou aidants familiaux, l'adaptation permanente des professionnels aux progrès et techniques thérapeutiques, la simplification des procédures administratives et financières tant du côté des patients que celui des professionnels de santé libéraux, des services et établissements.

¹⁴ PTAC plateforme territoriale d'appui à la coordination

Les prérequis de la réussite de ce « virage ambulatoire » que l'on devrait appeler renforcement de l'ambulatoire, sont :

- Une meilleure structuration du système de soins de premier recours ;
- Une co-construction avec les usagers et les professionnels ;
- Une prise en compte de la dimension de l'isolement des patients.

Les évolutions en matière de santé conduisent à favoriser le recours à la chirurgie ambulatoire, à l'hospitalisation à domicile. Les représentants des usagers ne peuvent qu'y être favorables toutefois les risques doivent en être mesurés et on ne peut tout renvoyer vers les aidants familiaux ou autres, avec ou non des compétences et des moyens quelquefois limités. Les questions de répit des aidants ne sont pas qu'un simple temps de repos mais bien une nécessité si on ne veut pas transformer ces aidants en personnes requérant ensuite une aide pour elles-mêmes. Certes, le recours à ces nouvelles formes de prise en charge génère des économies, mais pour les patients et les usagers est-ce vraiment une économie ?

L'HAD doit être clairement inscrite dans les parcours de soins comme une offre spécifique répondant aux prises en charge de patients les plus lourds. Comme tout établissement de santé, l'HAD s'inscrit dans un cadre réglementaire hospitalier permettant de concilier la qualité des soins hospitaliers et le confort du domicile.

Elle constitue une interface entre les secteurs hospitalier et libéral, sanitaire et médico-social et nécessite par conséquent une coopération étroite avec l'ensemble des partenaires d'un territoire.

Œuvrer pour son développement, c'est mieux faire connaître son existence en renforçant les liens avec les établissements hospitaliers et les professionnels de santé libéraux, c'est permettre un partage efficient et sécurisé des données de santé entre les acteurs évitant ainsi les ruptures de prise en charge, c'est inscrire l'offre HAD dans les projets médicaux partagés des GHT. Enfin c'est avoir une vision globale des systèmes de financement dont le cloisonnement actuel pénalise la fluidité des parcours.

Pour la CRSA Bretagne, la réflexion sur le développement de l'HAD ne peut se réduire à la seule volonté des tutelles d'engager le virage ambulatoire. Celui-ci devra nécessairement s'appuyer sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs à répondre aux souhaits des patients d'être soignés et accompagnés à domicile.

L'ARS doit pouvoir produire un recensement fin et actualisé annuellement des besoins et de toutes les offres en médecine ambulatoire notamment : cabinets, centres de santé, polycliniques, permanences d'accès aux soins de santé, SSIAD... selon les territoires de santé, afin d'organiser et de faire de tous un maillage par territoire de santé en fonction des besoins de santé de la population. Une communication régulièrement actualisée sur ce maillage doit pouvoir être faite par l'ARS envers les collectivités territoriales.

Le forçage du développement de l'HAD peut désorganiser l'existant, voire les bonnes pratiques existantes. Le « virage ambulatoire » a ses limites et ne peut se réduire à

l'évolution d'un taux. Sur un territoire de santé et de vie, l'accès à un logement social adapté et accompagné peut faire défaut, les domiciles collectifs peuvent être insuffisants.

Dans le champ psychiatrique, une augmentation des hospitalisations complètes est d'ailleurs constatée selon certains établissements depuis quelques mois. Il serait important de réaliser une coupe transversale dans les établissements psychiatriques au niveau régional. La coordination des politiques publiques et la mobilisation de tous les acteurs, sous l'autorité de l'ARS et de la CRSA Bretagne, seul organisme régional de démocratie en santé, sont indispensables.

En synthèse de la thématique de l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement en lien avec la question du domicile, il est souligné l'importance :

- les engagements de l'ARS sur le soutien à la coordination de tous les acteurs concernés sur un territoire de proximité ;
- une simplification des procédures administratives et-ou de financements ;
- la visée essentielle du bénéfice de l'amélioration de la qualité pour le patient et l'usager, le meilleur confort des patients ;
- l'appui sur les bonnes pratiques existantes ;
- son inscription claire dans les parcours de soins comme une offre spécifique et non comme alternative ; le patient doit être acteur de son parcours ;
- la prise en compte au cas par cas des situations individuelles en lien étroit avec les professionnels de santé, l'équipe de soins.



La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'Agence régionale de santé, les Conseils territoriaux de santé, les organisations représentatives des salariés et des professions indépendantes, les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale. En Bretagne, elle comprend 95 membres répartis en 8 collèges.

Glossaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAO : Cellule d'Accueil et d'Orientation
CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique
CLS : Contrats Locaux de Santé
CMPP : Centre-Médico-Psycho-Pédagogique
CNS : Conférence Nationale de la Santé
COS : Cadre d'Orientations Stratégiques
CPTS : Communautés Professionnelles de territoire de santé
CSDU : Commission Spécialisée Droits des Usagers
C.T.S : Conseil Territorial de Santé
CVS : Conseil de la vie sociale
DMP : Dossier Médical Partagé
EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESMS : Etablissement et Service Médico-Social
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MDA : Maison Des Adolescents
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
ORSB : Observatoire Régional de la Santé en Bretagne
PA : Personnes Agées
PAERPA : Parcours des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PARM : Permanencier auxiliaire de régulation médicale
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile après hospitalisation
PRS : Projet Régional de Santé
PRSE : Programme Régional Santé Environnement
PRST : Plan Régional Santé au Travail
PTAC : Plateforme Territoriale d'Appui à la Coordination
PT(A) O : Plateforme Territoriale d'Organisation
RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
SDS : Soins Dentaires Spécifiques
SESSAD : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile
T2A : Tarification à l'Activité
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

Préambule	3
Les principes de la démarche contributive de la CRSA.....	4
Ce texte de la CRSA anticipe la question de l'évaluation.....	5
Ce texte de la CRSA s'appuie sur la note de l'ARS sur le cadre d'orientations stratégiques (COS)	6
Ce texte de la CRSA s'appuie sur des travaux contributifs.....	9
Ce texte de la CRSA s'appuie sur ses travaux antérieurs	10
Construire et suivre ensemble la politique régionale de santé	14
L'utilisateur est l'acteur essentiel de son trajet de santé.....	14
Il faut supprimer le cloisonnement entre les acteurs :	16
Il faut mettre en œuvre une communication efficace entre tous les acteurs :	19
Assurer une gouvernance équilibrée tenant compte des différents acteurs et structures :.....	20
Prendre en compte des ressources insuffisamment exploitées	21
Garantir qu'aucune personne en situation de handicap ne soit empêchée d'un accès aux soins et aux accompagnements correspondants à ses besoins.....	23
Une politique de prévention et soins adaptés pour les personnes handicapées	23
Résoudre la question de la cotation des actes et donc de leur financement.....	23
Avoir une évaluation précoce des personnes en situation de handicap	24
Définir les modalités et l'organisation d'une politique d'accompagnement tout au long de la vie..	25
Eviter les risques de ruptures dans l'accompagnement	26
Modalité et organisation d'une politique d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	26
Parcours de santé et de vie : pour un développement harmonieux et respectueux de la place de l'utilisateur.....	29
Le parcours est dédié. Il se situe dans un continuum.....	31
Les parcours sont organisés.....	31
Le parcours multiplie les compétences :	31
L'efficacité du parcours requiert.....	32
Des moyens humains	32
Des moyens en lits et places	32
Des outils accessibles et opérationnels.....	33
Le parcours est nécessairement coordonné	33
L'acteur principal, le coordonnateur premier : l'utilisateur	33
La coordination est aussi celle des acteurs des soins	33
C'est aussi la coordination des institutions publiques, privées ou associatives	34
Le parcours, le patient et ses droits.....	34

Le parcours doit permettre	36
L'innovation : un exemple, celui de la « création de SESSAD précoce ».....	36
L'accès aux ressources locales quelles qu'elles soient.....	36
L'accompagnement des usagers, des proches et/ou aidants familiaux et des professionnels : ...	36
La formation initiale et continue doit aborder la question des parcours :	36
L'information:.....	37
Information des parents : « Importance de l'éducation et de l'information des parents »	37
Le succès du parcours repose également sur	37
Santé mentale : pour un meilleur accès et un développement des dispositifs	42
Soutenir et renforcer la qualité et la pertinence des soins et de l'accompagnement des personnes.	46
Performance et innovation dans le Système de Santé en Bretagne au bénéfice de tous	47
Innovation	47
La Performance	51
Sur le service :.....	51
Sur la qualité.....	51
Première des priorités, la prévention et la promotion de la santé	53
Il faut agir de manière très volontariste sur les facteurs déterminants de santé.....	54
avec des consultations pour un bilan « mode de vie, environnement»	54
Il est nécessaire de s'appuyer sur les acteurs de la promotion de la santé et de prévention.	55
La CRSA Bretagne prône l'intersectorialité entre les professionnels.....	55
Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé sont à soutenir.....	55
La prévention : parcours précoce pour lutter contre les inégalités persistantes de santé.....	55
La C.R.S.A. Bretagne soutient une évolution de l'offre de soins et d'accompagnement favorisant fondamentalement le bien-être à domicile	57
Service Médical rendu à domicile	57
Anticiper, mieux coordonner, mieux organiser pour un meilleur service rendu.....	58
Réussir et développer l'ambulatoire et l'HAD au bénéfice des patients avec une qualité des prises en charge	58
Glossaire	62
Table des matières	63



Sont annexées à ce texte les contributions reçues à la CRSA Bretagne des unions, fédérations régionales, groupements, associations, représentés à la CRSA.