

RAPPORT D'ACTIVITÉ

CRSA BRETAGNE

2016

SOMMAIRE

ÉDITO DU PRÉSIDENT DE LA CRSA	3
DATES CLÉS ET CHIFFRES CLÉS EN 2016	4
LES LIENS RENFORCÉS AVEC LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE ET LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ	6
RAPPORT SUR LA PARITÉ DES INSTANCES	7
LA CSOS	9
LA CSDU	11
LA CSP	13
LA CSMS	14
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ : ÉVALUATION ET ÉLABORATION DU NOUVEAU PROJET 2018-2022	16
CONTRIBUTION DE LA CRSA BRETAGNE AU DEBAT SUR LA LOI DE SANTE ET DES PROJETS DE DECRETS	17
CONTRIBUTION DE LA CRSA BRETAGNE AU PRSE	18
DEBATS PUBLICS	18
CONFERENCE NATIONALE DES CRSA ET CNS A RENNES	19
LES GROUPES DE TRAVAIL	20

ÉDITO



BERNARD GAILLARD
Président de la CRSA Bretagne

L'

année 2016 a été une année riche en événements et en activité pour la CRSA Bretagne, organisme de démocratie représentative consultative. Au travers de nombreux chantiers, ses instances ont été mobilisées autour des questions de santé prises dans une approche globale afin de proposer les meilleures réponses à apporter pour notre système de santé en région. Notre société change : la démographie avec un vieillissement de la population, nos liens sociaux, les progrès de la science et des technologies, l'espérance de vie, nos organisations territoriales, nos organisations sociales, nos pratiques sociales... Les savoirs et les technologies sont en constante évolution. Une réflexion globale est ainsi incontournable aujourd'hui pour tenir compte de ces évolutions et pour repérer les enjeux majeurs auxquels est confronté notre système de santé. Nos représentants, les membres de la CRSA Bretagne, forts de leur ancrage dans la société, ont été particulièrement actifs que ce soit au niveau infra-territorial, régional ou national. Nous assistons globalement à une montée en puissance de la démocratie représentative consultative et de la démocratie participative avec le souhait des citoyens d'être contributifs dans les décisions de politiques publiques, à côté de la démocratie représentée par les élus de la République. La CRSA Bretagne a joué son rôle démocratique en émettant des avis sur les projets de lois et projets réglementaires. Cette démocratie représentative consultative que constitue la CRSA est une richesse et gage d'avenir car facteur de cohésion sociale au travers de la mise en œuvre du débat citoyen, de l'écoute des acteurs, gage de meilleures politiques publiques en santé.

Nos préoccupations se sont particulièrement focalisées en 2016 sur le Projet Régional de Santé, sur l'évaluation du premier puis l'élaboration d'un second. Notre mobilisation sur l'évaluation du Projet Régional de Santé a débuté dès juin 2015 en s'associant à l'ARS pour l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation puis aux travaux de l'évaluation elle-même. Toute évaluation nécessite rigueur et méthode. Cette évaluation a permis à de très nombreux acteurs de santé en région d'émettre ses points de vue sur le décloisonnement, la territorialisation, la gouvernance, les parcours de santé et de vie dans un double regard rétrospectif et prospectif. Comme toute évaluation, celle-ci est certainement perfectible, ses principes et son référentiel auraient dû être prévus dès l'origine. L'évaluation réalisée a permis de repérer l'engagement des acteurs sur les territoires, la capacité des territoires de santé en Bretagne à faire vivre la démocratie, à soutenir les échanges entre acteurs locaux et à œuvrer pour des projets et initiatives locales répondant aux besoins de santé des Bretons. Elle a permis de repérer des réussites mais aussi le chemin qui reste à parcourir. L'évaluation réalisée a repéré, consensuellement entre ARS et CRSA, quelques axes de réflexion à engager pour le futur PRS : traduire les enjeux du PRS concerté de manière plus lisible et plus stratégique ; mieux associer chaque instance de la démocratie en santé à la vie du PRS ; mieux associer les acteurs du soin et de l'accompagnement médico-social

à la vie du Projet Régional de Santé ; mettre l'utilisateur au centre de l'action des partenaires ; agir au plus près des usagers dans les territoires et conforter le maillage territorial. La CRSA Bretagne s'est pleinement engagée dans la contribution à l'élaboration d'un nouveau PRS. La séance plénière du 1er décembre 2016 a permis l'expression de tous dans des ateliers thématiques, ce qui a donné le socle à la contribution de la CRSA Bretagne adoptée le 31 janvier 2017.

La CRSA Bretagne a poursuivi l'organisation de débats publics sur des questions qui lui semblent majeures et actuelles. La CRSA Bretagne a ainsi organisé un débat public à Cancale le 4 février 2016 sur le thème de la chirurgie ambulatoire. Les enjeux qui se sont dégagés portent sur l'amélioration de la qualité des soins s'appuyant sur une amélioration des pratiques pour un meilleur confort des patients, la coordination de tous les acteurs de l'hôpital et du territoire, le rôle des aidants. Dans sa volonté de travailler avec d'autres acteurs, la CRSA Bretagne a co-organisé deux débats publics en 2016 sur des thématiques prévention avec l'Espace des Sciences de Rennes et l'EHESP : santé-tabac face aux maladies émergentes telles que la dengue et le chikungunya. Elle poursuivra cette collaboration, et souhaite développer ce principe de co-organisation avec d'autres acteurs tels que les Conseils Départementaux et les Conseils Territoriaux de Santé.

La CRSA Bretagne est au cœur de la vie citoyenne. Elle entretient des relations avec de très nombreux acteurs qu'ils soient institutionnels (DIRECCTE, Conseil Régional, Conseils Départementaux, élus, universités, centres de formation et de recherche...) ou organisations de la société civile (URPS, fédérations et mouvements, associations...). La CRSA Bretagne est à l'écoute des réflexions et demandes des acteurs afin de pouvoir proposer des améliorations du système de santé. A son initiative et de manière innovante, les relations avec les 8 Conférences de Territoire sont maintenant bien vivantes en Bretagne. Les relations avec les nouveaux Conseils Territoriaux de Santé vont se renforcer. Elle souhaite aussi entretenir les liens avec les jeunes générations. A ce titre, des représentants du Conseil Régional des Jeunes sont intervenus en plénière de la CRSA Bretagne pour exposer certaines de leurs réalisations. Une présentation de la CRSA a été faite devant des étudiants en médecine et des étudiants de l'EHESP.

Enfin, les travaux de la CRSA Bretagne se sont appuyés sur les apports d'experts externes lors de deux séminaires du bureau, une journée de formation soutenue par l'ARS et dans le cadre d'auditions pour les travaux des groupes de travail CRSA. Elle a pu bénéficier des réflexions menées lors de la 1ère rencontre nationale des CRSA du 8 novembre à Rennes, journée à l'initiative et organisée par la CRSA Bretagne.

Œuvrer pour améliorer notre système de santé est une œuvre à soutenir pour l'intérêt de tous. Je ne doute pas que notre mobilisation se poursuivra.

DATES CLÉS 2016

28 juin



Séance plénière de la CRSA,
à Quimper



Bernard GAILLARD, président de la CRSA
et Sophie FRAIN, vice-présidente de la CSP

4 février



Séance plénière de la CRSA,
à Cancale

- Label Droits des Usagers :
les lauréats 2015
- Evaluation du PRS
- Démarche PRSE 3
- Développement d'un axe de la
thématique Santé Environnement :
la qualité de l'air



Assemblée plénière de la CRSA au Centre Hospitalier de Cancale

6 octobre



Séance plénière de la CRSA,
à Plérin

- Présentation par la CT 7 de l'outil
d'identification des services de
santé accessibles aux personnes
handicapées
- Etat des lieux sur les GHT
- Révision partielle du PRS (pour
avis) : l'annexe territoriale au volet
hospitalier du Schéma Régional
d'Organisation des Soins (SROS) et
le Programme Interdépartemental
d'Accompagnement des handicaps
et de de la perte d'autonomie
(PRIAC)
- Présentation de la démarche
d'élaboration du futur PRS
- Territoires de démocratie
en santé : table-ronde, débat
suivi d'un vote sur le nombre de
territoires de démocratie sanitaire.



Table-ronde au CHM de Plérin

25 octobre



Journée de formation des membres de la CRSA,

à Rennes

- Présentation de l'ARS Bretagne
- Présentation de la loi de modernisation de notre système de santé et de la loi d'adaptation de la société au vieillissement
- Etat de santé en Bretagne, communication synthétique de l'ORSB

1^{er} décembre



Séance plénière de la CRSA,

à Rennes

- Présentation des orientations et axes santé des Conseils récemment renouvelés : URPS Bretagne
- Rappel d'éléments de cadrage de la démarche d'élaboration du PRS
- Huit ateliers animés par les membres de la CRSA
- Eléments de cadrage théorique sur les facteurs déterminants de la santé

8 novembre



Conférence nationale des présidents des CRSA et de la CNS,

à Rennes

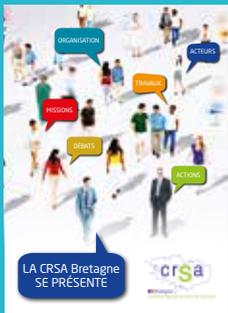


Assemblée plénière de la CRSA au Conseil Départemental de Rennes



Bernard GAILLARD, président de la CRSA, Norbert METAIRIE, président de la CT Lorient, Quimper et Bernadette DEVICTOR, présidente de la CNS

7 territoires de démocratie en santé au 31/10/2016



48 869 €

BUDGET DE FONCTIONNEMENT POUR L'ANNEE

LA CRSA EN 2016 :

4 COMMISSIONS PERMANENTES

1 CONFÉRENCE NATIONALE DES PRÉSIDENTS DES CRSA ET DE LA CNS

4 SÉANCES PLÉNIÈRES

3 DÉBATS PUBLICS

1 JOURNÉE DE FORMATION

CHIFFRES CLÉS

LES LIENS RENFORCÉS AVEC LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE ET LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ

*La CRSA Bretagne s'est fortement mobilisée dans ces liens.
Pour la Conférence Nationale de Santé, nous avons la chance d'avoir comme représentant
Dominique BURONFOSSE qui est aussi membre de la Commission Permanente de la CNS.*

Les réunions sont nombreuses. Les sujets qui y sont traités concernent notre démocratie régionale et infra. Ils ont porté sur les projets de décrets de la loi de modernisation du système de santé, de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, mais aussi, de manière non exhaustive, sur les living-Labs en santé et autonomie, la e-santé au sein des établissements de santé, le rapport ministériel sur « l'Etat de santé des femmes en France » avec ses orientations stratégiques pour l'améliorer, l'avis sur « la CNS a 20 ans : ouvrons de nouvelles perspectives », la Charte du parcours de santé, la plate-forme CNS pour les élections présidentielles, la première rencontre nationale des CRSA et de la CNS à Rennes, le guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé, les GHT, le calendrier du Projet Régional de Santé, le contenu du cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport CRSA sur le respect des droits des usagers du système de santé, l'étiquetage nutritionnel, la littérature en santé.

A l'initiative de la CRSA Bretagne et de manière innovante, les relations avec les 8 Conférences de Territoire sont bien vivantes. Les échanges avec les nouveaux Conseils Territoriaux de Santé vont se renforcer. En plus du lien réglementaire inscrit par la représentation des Conférences de Territoire comme membre à la plénière CRSA, nous avons engagé dès 2014 de nombreuses relations. Il s'agit de travailler à l'interconnaissance et d'articuler nos travaux.

La rencontre annuelle des Présidents CRSA et Conférences de Territoires en présence du DG ARS est maintenant habituelle. Trois réunions ont eu lieu à St-Brieuc en 2014, à Pontivy en 2015 et à Rennes le 11 mars 2016. Le 2 mai 2017, nous avons eu la même rencontre avec les président(e)s des sept nouveaux Conseils Territoriaux de Santé à Landerneau. La rencontre de 2016 a porté sur le Projet Régional de Santé, le PRSE, la territorialisation, les GHT, le soutien à la communication autour de la Charte Romain Jacob...

Les échanges entre la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la CRSA Bretagne et les Conférences de Territoires pour préparer certains points à l'ordre du jour de la CSOS se sont poursuivis selon les nécessités afin d'éclairer la commission sur certains dossiers.

De nombreuses autres collaborations ont été possibles : organisation en commun d'un débat public ; inscription possible de membres des CT aux groupes de travail de la CRSA Bretagne ; invitation des président(e)s, vice-président(e)s des CT de Bretagne à la rencontre nationale des CRSA le 8 novembre 2016 à Rennes ; tour de Bretagne pour les lieux de la plénière CRSA Bretagne ; rencontre du bureau de la CRSA avec celui de la CT d'accueil avant chaque plénière CRSA (St-Malo, Plérin, Quimper) ; temps laissé à l'expression des CT lors de chaque plénière CRSA Bretagne voire de soumettre des préconisations d'une CT à l'ensemble de la CRSA Bretagne (exemple sur les aidants sur proposition de la CT5), idem pour les plénières des CT qui peuvent laisser du temps au représentant en CRSA.

La dernière réunion avec les président(e)s des Conseils Territoriaux de Santé montre la volonté de renforcer ces liens et y ajoute le projet d'une newsletter commune CRSA-CTS, et le projet d'avoir un débat public portant sur un thème commun et se déclinant en CRSA et dans tous les Conseils Territoriaux de Santé. Le président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et les présidents des Conseils Territoriaux de Santé de Bretagne vont continuer à entretenir des relations régulières avec des rencontres au minimum biannuelles. De plus, les présidents des Conseils Territoriaux de Santé et le président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de la région peuvent se saisir mutuellement de toute question relevant de la compétence des Conseils Territoriaux de Santé (décret n° 2016-1024).

RAPPORT

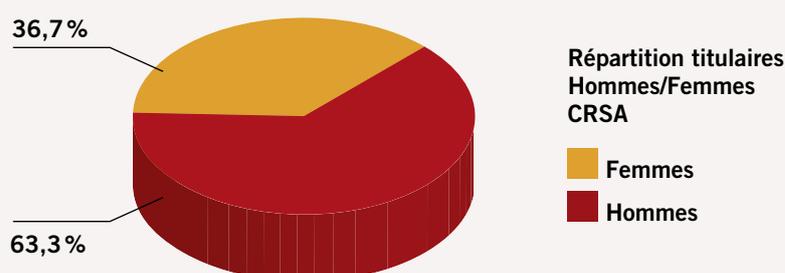
SUR LA PARITÉ DES INSTANCES

La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie de Bretagne se compose de 95 membres avec voix délibérative. Chaque titulaire peut disposer de deux suppléants à l'exception du collège des personnes qualifiées. Elle comprend en outre des personnes avec voix consultatives.

La répartition au sein de la CRSA de Bretagne par collège s'établit selon le tableau ci-dessous :

Instances données avril 2017	Titulaires		Suppléants	
	F	H	F	H
Collège des représentants des collectivités territoriales	9	4	10	6
Collège des représentants des usagers services de santé ou médico sociaux	4	12	8	12
Collège des représentants des conférences de territoire	2	2	1	4
Collège des partenaires sociaux	3	6	4	10
Collège des acteurs et de la cohésion et de la protection sociale	1	5	3	7
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	6	2	5	4
Collège des offreurs des services de santé	8	24	14	41
Collège des personnalités qualifiées	0	2		
Total général	33	57	45	84
	36,7 %	63,3 %	34,9 %	65,1 %
Membres avec voix consultative	1	12		

À la date du dernier arrêté de composition de la CRSA (4 avril 2017), tous les sièges ne sont pas pourvus. La CRSA comprend 90 titulaires sur les 95 et 129 suppléants sur les 186 possibles. La parité hommes/femmes n'est pas atteinte, en effet les femmes représentent 36,7 % des membres titulaires et 34,9% des suppléants.



La CRSA est composée d'une commission permanente et mène ses travaux au sein de 4 commissions spécialisées : Commission spécialisée prévention (CSP), Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS), Commission spécialisée dans les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CSMS), Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU). Elle peut également constituer des groupes de travail en parallèle de ces commissions.

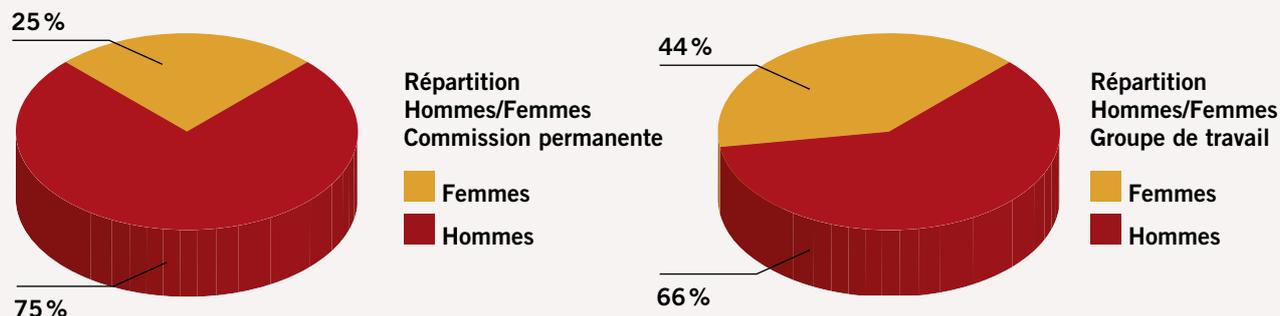
Ci-dessous la répartition hommes/femmes au sein de ces instances :

Instances	Titulaires		Suppléants	
	F	H	F	H
Commission permanente 20 membres	5	15	8	12
dont le Président		1		
CSP 30 membres	11	16	14	15
dont le Président		1		
CSOS 44 membres	13	25	18	44
dont le Président		1		
CSMS 30 membres	5	21	10	31
dont le Président		1		
CSDU 12 membres	2	10	2	12
dont le Président		1		
Total général	31	72	44	112

Tous les présidents des 4 commissions spécialisées sont des hommes. Il en est de même pour les vice-présidents à l'exception de la commission prévention.

La commission permanente est composée dans le respect de l'équilibre des représentations des collèges au prorata du nombre de membres de la CRSA par collège. Si elle garantit la représentation de tous les collèges, elle ne tient aucunement compte de celui de la parité hommes/femmes.

En effet, la commission permanente est présidée par le président de la CRSA et les vice-présidents sont les présidents des commissions spécialisées, ce qui renforce le poids des hommes (75 %) au détriment de la représentativité féminine (25 %). Le plus fort taux de femmes se trouve dans les groupes de travail qui sont pilotés par 44 % de femmes. Celles-ci sont particulièrement présentes dans les secteurs de l'enfance et de la prévention.



Pour information dans les 7 Conseils Territoriaux de Santé en Bretagne installés début 2017 :

Collèges	Titulaires		Suppléants	
	F	H	F	H
Collège de représentants des professionnels et offreurs des services de santé	67	102	71	79
	39,64%	60,36%	47,33%	52,67%
Collège de représentants des usagers et associations d'usagers du système de santé	24	35	20	22
	40,68%	59,32%	47,62%	52,38%
Collège de représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements	22	22	23	18
	50,00%	50,00%	56,10%	43,90%
Collège de représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale	7	14	8	13
	33,33%	66,67%	38,10%	61,90%
Collège des personnalités qualifiées	5	9	0	0
	37,71%	64,29%		
Total général	125	182	122	132
	40,72%	59,28%	48,03%	51,97%

Sur les 307 postes de titulaires, 40,72 % sont pourvus par des femmes et 59,28 % par des hommes. Les 254 postes de suppléants sont répartis quasi également entre les hommes et les femmes dans les Conseils Territoriaux de Santé.

A portrait of Dr. Dominique Buronfosse, a middle-aged man with glasses, wearing a dark suit jacket over a light-colored shirt. He is standing outdoors in a grassy field with a body of water and a cloudy sky in the background. The image is partially obscured by a large white diagonal shape that also contains the text of the page.

LA CSOS

Président **Dr Dominique BURONFOSSE**
Vice-président **Dr Benoît FEGER**

La commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) est, au même titre que les autres commissions spécialisées de la CRSA, une instance de la démocratie en santé. Elle contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins. Elle rassemble quarante-quatre membres titulaires, élus, représentants des usagers, professionnels proposés par leurs fédérations, associations... d'origine et de sensibilités différentes mais complémentaires. Ils sont tous membres de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

La commission aborde, de par ses attributions, de nombreux domaines : projet de santé régional et inter-régional, politique d'implantation, activité des professionnels de santé dans les territoires, aide médicale urgente et permanence des soins, création des établissements publics de santé et des groupements de coopération sanitaire et la politique de contractualisation.

La commission, dans ses débats, a intégré les évolutions de notre système de santé, aussi bien celles souhaitées par les acteurs de santé que

celles indiquées par le législateur. Son implication dans l'évaluation du précédent Projet Régional de Santé et la préparation du PRS de deuxième génération l'illustrent. Les membres de la commission se sont attachés à contribuer, ensemble, et en concertation avec l'Agence Régionale de Santé à améliorer la santé de tous les bretons.

En 2016, la CSOS s'est réunie à quatre reprises, à chaque fois à Rennes. Au cours de ses séances, elle a donné des avis réglementaires. Elle a également reçu un certain nombre d'informations sur les suites données à ses avis, sur des sujets d'actualité, les travaux préparatoires au PRS 2. Elle a également choisi de contribuer directement à la réflexion sur les parcours de santé.

Élection

DU DR BENOÎT FEGER
À LA VICE-PRÉSIDENTE DE LA CSOS.

AVIS

RAPPORT :

sur le respect des droits des usagers du système de santé en Bretagne.

PROJETS :

financement d'accompagnement de projets de santé (8) et d'accompagnement à la mise en œuvre de projets de santé (7). Financement d'une maison médicale de garde.

ACTIVITÉS DE SOINS :

transferts géographiques d'autorisation (psychiatrie, médecine, imagerie, radiothérapie, soins de suite), transferts juridiques d'autorisation (soins de suite, hospitalisation à domicile).

AUTORISATION d'activité (médecine, soins de suites, santé mentale, périnatalogie, périnatalité).

RENOUVELLEMENT d'autorisation d'activité (médecine, chirurgie, psychiatrie, radiologie, soins de suites).

SUIVI D'ACTIVITÉ en chirurgie carcinologique digestive et ORL.

EQUIPEMENTS :

autorisations, remplacements d'équipements lourds : IRM, scanners, caméras.

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ :

révision des implantations d'activités de soins et d'équipements lourds du volet hospitalier du PRS-SROS.

FUSION d'établissements de santé (2).

DÉCISIONS FAISANT SUITE

AUX AVIS DE LA CSOS :

ils ont tous été suivis par le Directeur Général de l'ARS.

INFORMATIONS

CSOS :

sur le déroulement de l'élection du vice-président de la commission et sur la mise en place des deuxièmes suppléants.

PERMANENCE DES SOINS :

information sur la mise en œuvre du 116-117, numéro national de la permanence des soins ambulatoires.

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ :

premier diagnostic sur l'état de santé de la population bretonne et de l'offre de santé disponible, note relative au cadre d'orientation stratégique. Informations sur la démarche du PRS 2 et sur les territoires de démocratie sanitaire.

FAITS MARQUANTS

Au-delà des informations et avis, on peut mettre en exergue plusieurs événements marquants de l'année 2016 :

- **le changement de vice-président** : l'élection du vice-président, en la personne du Docteur Benoît FEGER, fut un élément important de l'année écoulée. Dans la lignée des années passées, cette élection confirme la place importante des URPS. Au moment où la commission cherche à mettre en œuvre une expression bretonne du « virage ambulatoire » et d'une « médecine de parcours », cette élection contribue à la représentation des composantes parmi les plus déterminantes et au maintien de leurs équilibres. Les membres de la commission, par leur vote unanime, témoignent de leur volonté de les voir occuper toute leur place et exercer leurs missions de façon complémentaire.
- **la contribution sur les parcours, préparatoire au PRS deuxième génération** : la commission a apporté sa contribution à l'élaboration du futur PRS notam-

ment dans la réflexion sur les parcours. Elle s'est interrogée sur la notion de parcours idéal, la pertinence de son territoire, les modalités de coordination, les éventuelles conditions d'opposabilité et les conditions de son succès. Les réponses qu'elle fait, avec d'autres, lors du séminaire de la CRSA le 1^{er} décembre, apportent des réponses très intéressantes. Elles permettent de préciser la vocation du parcours, son organisation et sa coordination, sa dénomination. Elles approfondissent ses rapports avec l'innovation, les droits du patient, l'accompagnement des usagers, la formation, la communication et l'information, et plus généralement les conditions du succès.

Cette année 2016, le bilan est riche. Il témoigne du travail de ses membres et de celles et ceux qui le préparent en amont. Ces quelques lignes en témoignent.



LA CSDU

Président **M. Claude LAURENT**
Vice-président **M. Jean-Claude MALAIZE**

Une année 2016 avec des changements et des renouvellements de membres composant la commission, mais aussi une année de continuité dans la mission de la commission.

Des changements

Un nouveau vice-président de commission

Le départ du vice-président de la commission, Serge CHARPENTIER, président du CISS Bretagne, ayant choisi d'abandonner différents mandats pour des raisons personnelles, la commission a dû se choisir un nouveau vice-président. Notre commission regrette très vivement ce départ compte tenu des compétences de Serge et de ses actions importantes menées dans notre commission mais aussi comme président du CISS Bretagne.

Jean-Claude MALAIZE pourtant déjà très impliqué tant au niveau national que régional dans les mouvements de défense des droits des personnes et des patients a accepté cette mission.

La commission a aussi connu des changements du fait du

renouvellements de certains collèges et aussi de l'arrivée des deuxièmes suppléants, de nouveaux membres.

C'est ainsi que nous ont rejoints :

- **Mme VULPIANI Sylvaine** du Conseil Régional qui avait antérieurement participé à nos travaux,
- **Mme MASSOT Mireille** remplaçant Serge Charpentier du CISS Bretagne,
- **M. JAFFRE Didier** comme représentant des usagers personnes âgées,
- **M. PASQUET Éric** comme représentant des organismes de prévention,
- **M. GENDREAU Éric** comme représentant des gestionnaires d'organismes personnes âgées.

La poursuite des travaux

Le rapport annuel sur les droits des usagers a donné lieu en 2016 à une présentation nouvelle plus fouillée en fonction des nombreuses données dont disposait l'agence. Ce travail a été rendu possible grâce à un stagiaire qui a mis en forme les diverses données en fonction du plan que la commission avait élaboré. Ce travail a d'ailleurs été salué par la CRSA lors de la validation de ce document lors de la plénière du 1^{er} semestre. Notons toutefois que la CNS a rappelé qu'il était important de s'en tenir au cahier des charges ce qui n'avait pas été respecté.

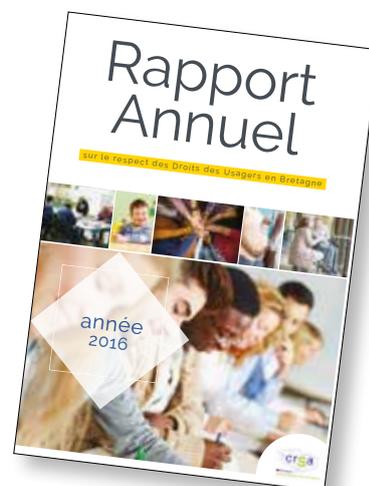
Le lancement de l'opération du label sur les droits des usagers : le ministère et la CNS ont cette année décalé le calendrier de l'appel à candidatures pour le label sur les droits des usagers de sorte que la campagne n'a été lancée vraiment qu'en début d'année 2017. Notre commission a souhaité effectuer des relances pour que l'appel à projet et à candidatures ne soit pas infructueux.

Le travail a été poursuivi pour que la CSDU puisse suivre les travaux sur le PRSE en lien avec la commission spécialisée prévention.

[...]



Vice-président
M. Jean-Claude MALAIZE



[...]

Mais ce qui a aussi impliqué la CSDU ce sont les travaux lancés par l'agence sur le nouveau PRS. En effet, la CSDU en tant que représentante des usagers se doit d'être impliquée dans ce nouveau chantier et faire connaître ses observations mais aussi préconisations afin que le nouveau PRS réponde aux besoins de la population bretonne.

L'année 2016 ayant aussi donné lieu au renouvellement des CRUQPC (Commission de la relation et de la qualité des prises en charge) au sein des établissements sanitaires, devenues depuis les commissions des droits des usagers (CDU), a mobilisé notre commission pour veiller à ce que les renouvellements puissent s'effectuer dans de

bonnes conditions tout comme les renouvellements dans les conseils de surveillance. En effet trop souvent il a été constaté que les appels à candidatures ne sont pas toujours bien effectués et que les personnes retenues ne sont pas toujours issues des associations agréées.

Liens avec l'agence

L'année 2016 a connu aussi le départ de Mme Cécile SOLIER de l'agence qui était la correspondante de notre commission. Une nouvelle fois, notre commission a un nouvel interlocuteur au sein de l'agence avec Mme Clélia BASSINAT.



Président **M. Philippe LE ROUX**

Vice-présidente **Mme Sophie FRAIN**

Au cours de l'année 2016, la commission spécialisée prévention s'est réunie à 4 reprises avec, à chaque fois, entre 15 et 21 participants. Le départ pour raison professionnelle de Christine FERRON a conduit à la vacance du poste de Vice-Président de la CSP. Sophie FRAIN a été élue à l'unanimité à cette fonction. La commission a remercié vivement Christine FERRON pour son travail à cette fonction.

Au cours de ces différentes rencontres, les sujets suivants ont été abordés :

En premier lieu, l'organisation d'une journée sur la prévention a fait l'objet de nombreux échanges en vue d'une mise en place pour le 22 mars 2017. Il en est ressorti l'idée d'une approche globale de la prévention, en ciblant plus spécialement un public d'élus. En effet, la commune, dans le cadre de ses projets, peut par des débats, par des aménagements ou par de la communication être un acteur de tout premier plan dans le champ de la prévention. En définitive, le thème de « Santé, Bien-être et Territoires » a été retenu, et plus précisément en terme de promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? Ou pourquoi et comment l'action locale est efficace ?

La mission d'organisation a été confiée au Pôle régional de Compétence sous la direction de Thierry PRESTEL. Nous tenons à remercier les participants au groupe de pilotage qui se sont réunis à de nombreuses reprises, ainsi que l'engagement de l'ARS à nos côtés.

Ensuite, courant mars 2016, l'Etat, le Conseil Régional de Bretagne et l'ARS Bretagne ont donné le coup d'envoi aux travaux relatifs à la construction du futur Plan régional Santé Environnement 3 (PRSE 3). Les partenaires ont plus spécialement retenu comme principe transversal la territorialisation, c'est-à-dire la prise en compte des nombreux paramètres locaux qui agissent sur la santé. Sophie FRAIN, Vice-présidente et Bernard VAYSSE, ont plus spécialement suivi ce dossier. La CSP a émis, à titre consultatif, un avis favorable au PRSE 3.

La CSP a aussi travaillé sur l'activité physique en entreprise.

« Un plan Santé Bien être a été défini en région pour la période 2013 / 2016. L'action de ce premier plan s'est centrée sur le développement de l'activité physique à destination des personnes atteintes de maladies chroniques. L'objectif de l'ARS est de mettre en place un second plan en 2017 avec l'ouverture à de nouveaux publics cibles : la population précaire, les entreprises. Pour ce qui concerne l'activité physique



en entreprise, un groupe de travail a été mis en place sous la responsabilité du Professeur Paul DELAMARCHE (Cam-pus sport Bretagne).

Ce groupe est composé d'une douzaine de personnes : Médecins Santé au travail (Carsat Aract), Chefs d'Entreprises, Collectivités, Cros Bretagne... L'objectif est de proposer un plan d'action sur 3 ans avec 2 ou 3 objectifs régionaux déclinés en actions (avec identification de l'acteur pour chaque action). Ce plan doit être proposé à l'ARS au cours de l'été et le groupe est actuellement en phase de finalisation du rapport ».

Richard ABADIE

M. GOBY, Directeur de la Stratégie Régionale en Santé, a présenté l'état d'avancement du Cadre d'Orientations Stratégiques préparatoire à l'élaboration du Projet Régional de Santé 2018-2022, en particulier : la consultation sur la recomposition des territoires de démocratie sanitaires, la révision du PRS et le PRIAC.

Enfin, la CSP a apporté son soutien à la manifestation du Moi(s) sans tabac, ambition bien évidemment au cœur des objectifs de prévention. La CSP a souhaité avoir un retour d'expérience de cette manifestation au cours des prochains mois.

Les réflexions engagées autour des priorités de santé en termes de prévention ont nécessité d'interroger la spécificité de la santé des enfants. Un échange entre les membres de la commission spécialisée prévention et le groupe de travail santé des jeunes enfants a confirmé l'importance d'inclure la mobilisation des actions de prévention dès le plus jeune âge pour agir précocement sur les déterminants de santé et réduire les inégalités de santé visibles dès la petite enfance. Les actions de prévention à destination des enfants influencent le comportement des parents. Par ailleurs, dès le repérage de troubles, l'accès des jeunes enfants, adultes en devenir, à des soins adaptés et coordonnés, agit réellement sur les risques et sur la nature du handicap de l'adulte.

Un atelier spécifique sur ces questions s'est tenu lors des plénières de la CRSA de préparation du PRS. Un des groupes techniques régionaux d'écriture du PRS est dédié à la santé des enfants de la périnatalité aux 25 ans du jeune adulte.

cf. groupe de travail Prévention - Jeunes enfants p.23

LA CSMS

Président **M. Jacky DESDOIGTS**

Vice-président **M. François HEISSAT**



FAITS ET PROJETS MARQUANTS

La Commission Spécialisée Médico-Sociale s'est réunie quatre fois entre juin 2016 et mars 2017. C'est une des quatre commissions qui participe largement, de par sa représentativité diversifiée issue de tout le territoire régional, à faire vivre la démocratie en santé sur la région Bretagne.

Sa réflexion portée par des acteurs d'horizons et de sensibilités différentes, sa transversalité avec les autres commissions contribue dans la recherche d'une cohérence globale à construire une architecture de l'offre de santé lisible et partagée.

Dans le cadre d'un débat délibératif avec les instances de l'ARS, dans une démarche critique et constructive, elle enrichit par ses propositions, les actions proposées par l'ARS, dans la mise en œuvre des politiques publiques. Dans un dialogue avec les représentants de l'agence, elle porte et stimule des réflexions qui viennent éclairer et structurer l'offre de soin sur le territoire régional. Si de nombreux sujets furent abordés dans la continuité, 2016, fut aussi d'une certaine façon une année de rupture. Fin du premier PRS, ouverture d'une réflexion soutenue pour élaborer le PRS2 et du PRSE3, dans un contexte où les politiques publiques nous invitent à recomposer l'offre médico-sociale autour du parcours de soin de chaque personne tout au long de la vie.

C'est la construction de nouveaux modèles, le renoncement à d'autres, l'élaboration d'une offre concertée et partagée contractuellement entre les acteurs d'un même territoire, la recombinaison d'une nouvelle gouvernance entre l'Etat et les Conseils départementaux ayant pour épigraphe, "une réponse adaptée à tous".

Concernant les Personnes Handicapées Vieillissantes

Suite à la réflexion portée par un groupe de groupe de travail, lors d'une rencontre avec le Directeur Général de l'ARS, il fut acté en septembre que le groupe de travail ne pouvait être le pilote des actions et que, par conséquent la problématique PHV relève plus largement de la coordination ARS/MDPH/CD.

Il fut constaté :

- la difficulté d'avoir une vision complète de l'existant, à la fois des besoins et des moyens et actions mises en œuvre ;
- la nécessité que le prochain PRS reprenne ce sujet.

Le champ partagé avec les Conseils Départementaux sera à formaliser pour savoir comment avancer sur ce dossier, mais il incombe à l'ARS d'impulser la démarche. Cette démarche sera à introduire d'une façon opérationnelle dans le futur PRS.

Sur le développement de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

Il est défini par l'article 89 de la loi de santé : lorsqu'une proposition d'orientation « cible » ne peut se concrétiser, un plan d'accompagnement global (PAG) est élaboré, afin de proposer une réponse accompagnée pour tous.

Cet objectif, implique d'obtenir des MDPH qu'elles mènent des réformes de structures nécessaires pour un fonctionnement optimal des Dispositifs Permanents d'Orientation (DPO), ainsi que la mise en place d'un cadre de gouvernance, afin de permettre la mise en cohérence des stratégies institutionnelles (planification et programmation des moyens), ainsi qu'une meilleure coordination entre les opérateurs de l'offre (sanitaires, médico-social, social, et éducatif).

Le contexte actuel de prise en charge des personnes en situation de handicap montre 3 constats :

- un nombre important de personnes handicapées sans solution adaptée et des situations lourdes qui ne sont pas toujours accueillies en établissement ;
- l'intérêt que l'accompagnement de la personne handicapée au long cours se déroule dans l'environnement le plus proche possible d'une vie ordinaire ;
- la complexité de régulation du champ du handicap car relevant de plusieurs acteurs institutionnels (ARS, CD, AM...).

Les enjeux de régulation qui ressortent de ces constats montrent :

- la nécessité de revoir l'orientation de la personne en situation de handicap ;
- de réorganiser l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale pour ne plus uniquement proposer des places, mais des réponses globales et modulaires, adaptées aux besoins et aux attentes des personnes tout au long de leur parcours de vie ;
- la mise en place des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) qui apportera des offres et des prestations souples et adaptables aux besoins individuels de la personne en situation de handicap ;
- la RAPT devrait permettre de mettre en place un processus rénové d'orientation et de mobilisation des différents acteurs intervenant dans le champ des personnes handicapées.

La thématique personne en situation de handicap

3 axes forts ont été retenus :

- Contribuer à une politique plus inclusive et favoriser la participation de la personne et de ses aidants à l'élaboration de son projet de vie.
- Apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes handicapées et des aidants en privilégiant les solutions dans le milieu de vie ordinaire ; l'orientation en établissement doit être « réservée » aux personnes qui se trouvent dans les situations de très grande dépendance. On observe ainsi un changement de paradigme.
- Mettre en place des organisations territoriales de proximité et des organisations dites plus stratégiques pour mieux coordonner les accompagnements.

Après le temps de la réflexion, il est temps maintenant de savoir de quelle façon opérationnelle on va travailler et avancer, en s'appuyant sur quelle méthode, sur l'articulation de quelle gouvernance, avec quels acteurs et enfin avec quels moyens, ce qui ne veut pas dire forcément plus de moyens, mais une autre articulation et répartition des moyens existant.

La thématique « parcours »

elle comporte 3 chantiers :

- Identifier et organiser les fonctions parcours.
- Le renforcement de la coordination et de l'intégration des acteurs.
- L'accompagnement des professionnels au changement.

La santé mentale

5 chantiers identifiés :

- L'accompagnement et le déploiement des Projets territoriaux de santé mentale (article 69).
- La contribution au développement d'un panier de services de soins et d'insertion sociale en support aux parcours.
- Le développement d'un partenariat avec les Contrats Locaux de Santé Mentale.

- Le renforcement de la place et les droits des usagers et le soutien aux aidants.
- L'amélioration de la réponse à des besoins régionaux spécifiques.

Les addictions

5 chantiers ont été identifiés :

- La prévention.
- Le renforcement de la filière de prise en charge des soins et de l'accompagnement.
- L'amélioration de la continuité des accompagnements.
- Mieux intégrer les addictions.
- La lutte contre le tabagisme.

La précarité

4 chantiers ont été identifiés :

- Structurer une offre spécialisée en direction des personnes les plus démunies.
- Favoriser l'accès au système de santé de droit commun des personnes en situation de précarité.
- Consolider la démarche de prévention et promotion de la santé auprès des populations en situation de précarité.
- Améliorer les parcours de santé et de vie des personnes en situation précaire par une meilleure organisation des opérateurs et une meilleure coordination des interventions des professionnels impliqués (santé, social, logement, insertion, emploi...).

Pour conclure ce rapport d'activité, il nous semblait important de mettre à voir, le développement des moyens sur la région pour l'année 2016. Création ou extension de « places », pour les personnes en situation de handicap ou pour les personnes âgées.

Concernant les personnes handicapées :

- 14 places en IME pour enfants souffrant de troubles autistiques.
- 2 places en Accueil Temporaire (AT) pour enfants polyhandicapés.
- 41 places en SESSAD pour enfants souffrant de troubles autistiques.
- 14 places en UEM pour enfants souffrant de troubles autistiques.
- 2 places en FAM.
- 47 places en MAS.
- 6 places en AT (dont 4 pour adultes souffrant de troubles autistiques).
- 52 places SSIAD.
- 70 places SAMSAH.

Soit un total de **248 « places »** dans le secteur adulte et **128 places** pour les personnes âgées.

cf. groupe de travail Vieillesse p.20

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

ÉVALUATION ET ÉLABORATION DU NOUVEAU PROJET 2018-2022

La CRSA Bretagne s'est fortement mobilisée en 2016 sur l'évaluation du Projet Régional de Santé. Il est important que notre organisme de démocratie représentative consultative puisse suivre toutes les politiques publiques en matière de santé, puisse suivre et évaluer à sa manière les projets et les programmes qui portent sur l'organisation de notre système de santé en région et sur les priorités d'actions. Une évaluation est porteuse de meilleures politiques et dispositifs à venir. L'engagement de la CRSA Bretagne a débuté dès juin 2015 en s'associant à l'ARS pour l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation puis aux travaux de l'évaluation elle-même. Nous avons voulu que cette évaluation puisse être un moment permettant à un maximum d'acteurs de santé en région d'être consultés, d'émettre ses points de vue sur le découpage, la territorialisation, la gouvernance, les parcours de santé et de vie dans un double regard rétrospectif et prospectif.

C'est un moment pour pointer les limites du premier Projet Régional de Santé, les éléments insuffisamment engagés, les réussites et les insatisfactions. Certes, il n'est pas simple de mesurer l'impact des mesures engagées par le Projet Régional de Santé. Cette évaluation aurait certainement été perfectible. Mais nous avons pu l'engager conjointement ARS-CRSA Bretagne dans un temps contenu. Ce processus a eu également le mérite de faire vivre la démocratie en santé. A ce titre, nous avons voulu que les Conférences de Territoire puissent également être impliquées. L'évaluation n'est pas une fin en soi mais explicite des repères pour les actions futures pour améliorer

la santé des Bretons. Ses conclusions sont à prendre comme des axes à engager pour l'avenir : traduire les enjeux du PRS concerté de manière plus lisible et plus stratégique ; mieux associer chaque instance de la démocratie en santé à la vie du PRS ; mieux associer les acteurs du soin et de l'accompagnement médico-social à la vie du Projet Régional de Santé ; mettre l'utilisateur au centre de l'action des partenaires ; agir au plus près des usagers dans les territoires et conforter le maillage territorial.

Parmi les nombreux éléments de réflexion conjointe avancés lors de la plénière de juin 2016, il a été évoqué l'importance de mettre au centre de l'action des partenaires du soin et du médico-social et l'utilisateur, de contribuer à la réduction des inégalités d'accès au système de soins, inégalités sociales, et géographiques, de renforcer l'offre de prise en charge pour les personnes âgées et handicapées, de favoriser la montée en puissance de la prévention, de mettre l'utilisateur au centre de l'action des partenaires en s'accordant sur une définition opérationnelle de la notion de parcours axé sur la coordination des professionnels autour de la personne et en partageant une stratégie de déploiement contribuant à résorber les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'évaluation s'est enrichie par les amendements issus de la dynamique de la démocratie en santé. Elle a permis de repérer des réussites mais aussi le chemin qui reste à parcourir. Dans la même ligne, la CRSA Bretagne s'est pleinement engagée dans la contribution à l'élaboration d'un nouveau PRS. La séance plénière du 1^{er} décembre 2016 a permis l'expression de tous dans des ateliers thématiques, ce qui a donné le socle de la contribution de la CRSA Bretagne adoptée le 31 janvier 2017.



CONTRIBUTION DE LA CRSA BRETAGNE AU DÉBAT SUR LA LOI DE SANTÉ ET DES PROJETS DE DÉCRETS

*La CRSA Bretagne a pris position sur le projet de loi de santé et certains projets de décrets.
Elle soutient le renforcement de la démocratie en santé.*

La CRSA Bretagne a mené une réflexion constante sur les projets d'organisation de notre système de santé. Elle affirme ses positions notamment lors de sa Commission Permanente du 14 janvier 2016 et lors de ses travaux sur le futur Projet Régional de Santé en Bretagne. La CRSA soutient ce qui contribue au renforcement de la démocratie en santé, soutient les dispositions réglementaires qui permettent aux acteurs des territoires régionaux et infra d'être consultés à toutes les étapes d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluations des politiques de santé en région et territoires infra. La démocratie n'est pas qu'un mot ; elle a ses exigences. Les représentants des institutions de l'Etat sont garants de l'exercice démocratique et des conditions le permettant. La dernière loi de santé votée au Parlement en décembre 2015 ne met-elle pas l'accent sur le nécessaire développement de la démocratie en santé ? En région, l'ARS Bretagne a transmis ses réponses, pour ce qui la concerne, dans un courrier du 13 janvier 2016. Un extrait « la CRSA doit pouvoir s'autosaisir de toute question concernant la politique de santé en région. L'ARS soutient la CRSA dans cette volonté de positionnement responsable en tant que force de proposition sur les questions de santé. »

La CRSA estime que les nouveaux textes auraient dû renforcer la démocratie en santé sur la base d'un fonctionnement participatif affirmant et reconnaissant le rôle de chacun, reconnaissant 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 devrait être de tout mettre en œuvre pour faciliter l'exercice des missions de ces représentants. Les nouveaux décrets devraient tendre à 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 ser-

vices 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...).

Pour les avis obligatoires de consultation de la CRSA, nous avons maintes fois déclaré que le délai de deux mois était insuffisant. 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. Nous nous réjouissons que le délai réglementaire ait été porté à trois mois. Concernant les modalités « de suivi et d'évaluation » du PRS (Art R1434-5), la CRSA souhaite que celles-ci soient précisées conjointement par la CRSA et l'ARS et soutient la nécessité d'une double évaluation des dispositifs par l'ARS et la CRSA.

Sur les territoires de démocratie sanitaire, la CRSA regrette que la loi ait conservé l'expression « démocratie sanitaire » plutôt que « en santé ». Nous proposons que le diagnostic partagé des territoires de santé soit la base de toute réflexion future. Sur le Conseil Territorial de Santé (Art R1434-10), sa composition voit arriver des représentants de l'Etat et des organismes de Sécurité sociale, qui exercent par ailleurs des fonctions décisionnelles au nom des institutions de l'Etat. La CRSA estime qu'il y a une confusion des genres. Nous demandons fermement la suppression de ce nouveau collège. Cela nous semble contraire à la distinction régaliennne entre les autorités de régulation et les acteurs locaux de santé. Le statut d'invité permanent de ces représentants des services de l'Etat et assimilés permettrait de garder l'autonomie des structures de démocratie sanitaire. La CRSA propose également de créer un statut d'observateur dans les Conseils Territoriaux de Santé, permettant ainsi aux membres permanents des organismes représentés d'être davantage présents au sein de ces assemblées. Des remarques sont également formulées sur la répartition des différentes représentations.

La CRSA estime, plutôt que d'avoir une simple information, que les CTS puissent donner un avis obligatoire sur les contrats locaux de santé. Il faut préciser le nécessaire lien entre les documents (contrats locaux de santé, programmes territoriaux de santé, diagnostics territoriaux de santé, autres projets territoriaux...) avec les projets médicaux partagés des GHT et les projets territoriaux en santé mentale.

CONTRIBUTION DE LA CRSA BRETAGNE AU PRSE

La commission spécialisée prévention réunie le 28 février 2017 a examiné le Projet de Plan Régional Santé Environnement 2017-2021. Le document validé par le comité de pilotage du 27 janvier 2017 était présenté aux membres de la commission ès-qualité de partenaires, avant la finalisation prévue courant mai 2017.

En premier lieu, le projet de PRSE a fait l'objet d'une présentation par les représentants de l'ARS.

Au terme de celle-ci, de nombreuses interventions ont noté avec satisfaction la qualité de ce PRSE. Ambitieux, il exprime une réelle volonté de dynamique partenariale. Concret et lisible, le plan d'actions, décliné en objectifs clairement identifiés, correspond bien aux attentes des différentes structures représentées lors de cette réunion.

Les membres de la CSP ont aussi bien noté le caractère évolutif de ce PRSE et de ses possibilités d'évolution potentielle, en accord avec une exigence de réactivité et d'adaptation permanente toujours recherchée.

Enfin, le fait de porter une attention particulière aux populations vulnérables a été unanimement apprécié.

En résumé, l'ambition, la cohérence du projet ont motivé un avis extrêmement positif de la commission spécialisée prévention.

La CSP propose donc à la CRSA de soutenir l'objectif affiché de communication autour de ce PRSE afin que la population s'approprie le plus possible les enjeux de Santé-Environnement.

DÉBATS PUBLICS

Un débat public s'est tenu le 4 février 2016 à Cancale sur « La chirurgie ambulatoire, une avancée soutenue par de nombreux professionnels au bénéfice des patients, de la qualité des soins et prises en charge ». Le développement de la chirurgie ambulatoire figure, depuis 2010, parmi les priorités nationales et a été inscrit dans les objectifs du Projet Régional de Santé 2011-2016. Quatre enjeux sont bien repérés :

- 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.

La démarche pertinente doit être celle d'un développement qualitatif préalable fondée sur 3 piliers : la qualité et la sécurité des soins, l'intégration sociale du patient, le partenariat patient. L'information du patient tout au long du processus est essentielle.



CONFERENCE NATIONALE DES CRSA ET CNS À RENNES

« La chirurgie ambulatoire est d'un grand intérêt pour le patient : brièveté de l'hospitalisation et sécurité, risques d'infections réduits, suivi de prise en charge de la douleur... De plus elle concerne les avantages collectifs en termes d'économie dans les dépenses de santé. Cependant elle repose sur une coordination indispensable entre médecine hospitalière et médecine de ville. »

Jean-Jacques LEDUC, Représentant d'usagers

Deux débats de la CRSA Bretagne co-organisés avec l'Espace des Sciences à Rennes et l'EHESP, dans le cadre d'une convention de février 2016.

La CRSA Bretagne s'implique dans les débats publics en santé en partenariat avec d'autres acteurs. L'initiative a rencontré le soutien de l'Espace des Sciences à Rennes et l'EHESP. En 2016, deux conférences-débats publics ont ainsi été organisées dans ce cadre réunissant un public de 250 à 300 participants. Outre de faire connaître la CRSA Bretagne à ce public, dont certains sont des représentants d'usagers ou des professionnels de santé, les débats, s'appuyant sur des savoirs de haut niveau scientifique, ont traité de sujets importants de notre Projet Régional de Santé : santé-tabac et prévention ; prévention face aux maladies émergentes.

Le 31 mai 2016 avec Karine GALLOPEL-MORVAN, nous avons abordé le marketing, la communication publicitaire et le lobbying déployés par l'industrie du tabac et de l'alcool. Les comprendre permet de mieux penser les politiques publiques de prévention. Le coût social du tabac en France, point sur lequel il existe peu d'étude, est plus important que les recettes de l'Etat sur ce secteur. Le public a évoqué la nécessité du soutien à des recherches indépendantes, à un renforcement de l'éducation à la santé dans les écoles impliquant les parents, à une plus forte coordination et lisibilité des actions de prévention.

Le 20 septembre 2016 avec Philippe QUENEL, sur une conférence intitulée « Dengue, Chikungunya, Zika : nouvelles menaces sanitaires pour la France », nous avons interrogé les risques liés à ces maladies compte tenu des fréquents déplacements de la population, du réchauffement climatique conduisant les moustiques, en quelques années, à étendre leur aire de distribution et l'*Aedes Albopictus*, vecteur de ces trois maladies, désormais présent dans une bonne moitié sud de la France. Comment les politiques publiques en santé en Bretagne doivent-elles prendre cela en compte ?

La CRSA Bretagne a été à l'initiative d'une rencontre nationale des CRSA et de la CNS. Elle a eu lieu le 8 novembre 2016 à Rennes dans les locaux de l'EHESP, partenaire de cette journée. L'ouverture des travaux est faite par le Directeur de l'EHESP, établissement d'accueil, Bernard GAILLARD président de la CRSA Bretagne, Olivier DE CADEVILLE DG de l'ARS Bretagne, Bernadette DEVICTOR présidente de la CNS. La quasi-totalité des CRSA de France et d'Outre-Mer étaient représentées, ainsi que deux présidents de Conférences de Territoire de Bretagne.

Le directeur de l'EHESP, Laurent CHAMBAUD, souligne l'intérêt pour son établissement de formation, d'enseignement supérieur et de recherche d'accueillir cette rencontre nationale. Il souligne l'importance des travaux communs entre les équipes de l'EHESP et la CRSA Bretagne, l'importance pour les étudiants de s'approprier les problématiques des CRSA, l'importance de la recherche dans les champs et intérêts qui nous sont communs. Nous avons eu le plaisir d'accueillir et de faire participer quelques étudiants, futurs acteurs de notre système de santé. Certains étudiants ont contribué aux rapports et synthèse des ateliers en soutien aux rapporteurs.

Cette journée a été conçue comme journée d'échanges d'expériences, d'écoute, de partage. Trois problématiques majeures ont été abordées :

- Les territoires de démocratie en santé, cohérence et mise en perspective
- Les outils et travaux des CRSA, notamment autour des rapports CSDU
- La gouvernance régionale, les dynamiques et fonctionnements d'une démocratie en santé, dans l'exercice du moment qui est celui d'envisager le futur Projet Régional de Santé.

En amont de cette journée et pour la préparer, la CRSA Bretagne a réalisé une enquête auprès des présidents de CRSA sur les territoires en région avec comme questions : l'organisation en territoires de démocratie sanitaire dans chaque région ; la CRSA a-t-elle fait des propositions d'organisation de la démocratie en santé en région ; la mise en lien des instances de démocratie sanitaire CRSA et CTS, CRSA et CDCA, CRSA et conseils locaux ; les particularités de l'organisation territoriale de l'offre en santé dans chaque région ; la mise en œuvre des dispositions d'organisation territoriale de la loi de santé ; la contribution de la CRSA au(x) évaluation(s) des Projets Régionaux de Santé en cours ; les données sur lesquelles travaillent les CRSA pour la réalisation du rapport Droit des Usagers. Cette journée a été une grande réussite.

LES GROUPE DE TRAVAIL

GROUPE DE TRAVAIL VIEILLISSEMENT

Pilote : **M. Daniel EHREL**

- à l'Espace Autonomie Séniors du Territoire de Ploërmel avec présentation de l'organisation et des services de cette structure qui mutualise les compétences d'un CLIC et d'une MAIA ;
- au Centre Hospitalier de Janzé pour la découverte du Centre d'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en perte d'autonomie ;
- à Saint-Brieuc au siège de la CPAM des Côtes d'Armor pour un bilan de nos visites ;
- à la Résidence Edilys de Rennes, structure d'hébergement pour personnes âgées issue du Mouvement HLM qui travaille sur le parcours de vie des personnes âgées en se référant aux choix de vie de celles-ci et au droit au maintien dans les lieux reconnus aux locataires de logement HLM.

A partir de tous les projets présentés, nous repérons des caractéristiques à considérer comme « facteurs de réussite ».

- Même marquée par l'âge et la maladie, la personne âgée est d'abord considérée comme « une personne » ; ses souhaits, ses choix, ses potentiels, ..., sa dignité et sa responsabilité sont pris en compte.
- Une grande attention est portée à l'entourage - de l'aidant familial aux « pairs ». Les personnes de **l'entourage** sont une ressource.
- La notion de **parcours de vie** de la personne âgée et de son entourage est de plus en plus prise en compte par les acteurs de l'accompagnement et du soin avec une préoccupation majeure : comment éviter les obstacles et les ruptures ?

« En 2016,
le groupe Vieillessement
s'est réuni 4 fois »

- Les acteurs intervenant dans l'accompagnement et le soin des personnes âgées aimeraient être plus dans une **démarche de prévention**.
- Les « usagers » et leur entourage sont mis en mouvement, deviennent **acteurs**, à partir d'une **prise de conscience** ou d'une **reconnaissance** des difficultés auxquelles ils sont confrontés et des besoins d'accompagnement, de soutien, d'aide humaine ou technique ou de soins que cela engendre et aussi à partir d'une prise de conscience ou d'une « **prise de connaissance** » que des solutions sont possibles. Le passage par des temps d'essai, d'expérimentation peut être utile ainsi que le partage de connaissance et d'expérience entre « pairs ».
- La **proximité** et le **territoire proche** avec ses diverses composantes sont des points d'appui.
- Les acteurs de l'accompagnement ou du soin additionnent leurs compétences et leurs moyens et constituent un **réseau**. Pour que celui-ci fonctionne, il faut une « tête de réseau ».
- Quand des actions expérimentales ont fait preuve de leur utilité, elles doivent pouvoir s'inscrire dans la **durée**, ce qui suppose que les porteurs du projet et les soutiens institutionnels aient pensé aux conditions de la pérennisation.
- La **formation** de tous les acteurs de l'accompagnement et du soin est nécessaire.
- Des liens entre expérimentation, action et « **recherche universitaire** » sont à mettre en place et à développer.
- **Évaluation** : les expérimentations présentées ont été co-construites. Elles doivent être évaluées. Les critères de ces évaluations devraient aussi être co-construits.

GROUPE DE TRAVAIL SANTÉ-ENVIRONNEMENT

Pilotes : **Mme Sophie FRAIN** et **M. Bernard VAYSSE**

Dès octobre 2014, la CRSA Bretagne a proposé d'engager une réflexion collective pour l'élaboration de propositions pour le futur PRSE 3. Elle a mis en place un groupe de travail santé environnement qui s'est mobilisé pour produire une contribution écrite à l'élaboration du PRSE 3, sur la territorialisation du PRSE et notamment les enjeux territoriaux spécifiques à prendre en compte, en sollicitant les 8 Conférences de Territoire de la région.

Un premier questionnaire a été envoyé aux Conférences de Territoire en 2015. Au regard du peu de réponse, un nouveau questionnaire a été élaboré et envoyé par mail début 2016 aux membres de la CRSA et aux Conférences de Territoire.

Le questionnaire :

- Citer 2 points positifs selon vous des actions du PRSE 2 à poursuivre pour les années à venir ;
- pour le futur PRSE 3 en Bretagne, donner une action nouvelle qui vous paraît essentielle à inscrire ;
- dans les prochaines années, quel sera le problème majeur santé-environnement en Bretagne et pour lequel il faudra être très vigilant ?

Au regard des discussions du groupe Santé Environnement et des résultats de la consultation avec les acteurs des Conférences de Territoire, la CRSA a proposé comme enjeux prioritaires à inscrire dans le futur PRSE 3 :

- Construire une culture Santé-Environnement (définir un langage commun et s'appuyer sur les territoires et les Contrats Locaux de Santé) en informant, éduquant et sensibilisant les professionnels, les enfants et le grand public et en soutenant l'acquisition de connaissances (recherches cliniques et épidémiologiques notamment) ;
- faire des liens (décloisonner) entre les différents plans (PRS, PRSE, PRST ...).

GROUPE DE TRAVAIL ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Pilote : **M. Claude LAURENT**

Poursuite des actions déjà engagées et implication de Pascal JACOB avec le groupe de travail.

Ce groupe de travail en place depuis déjà quelques années avait lancé une vaste opération de recensement des actions existantes dans le champ de l'accès aux soins des personnes handicapées. L'objectif étant bien de pouvoir réaliser un fichier de toutes ces actions afin qu'elles puissent servir de modèle ou de contre exemple en cas d'échecs. Ce travail avait permis d'aboutir grâce à une stagiaire Marjorie CADEVILLE à ce recensement. Mais au cours de cette année 2016, le groupe voulait finaliser ce travail. Cela n'a pu être le cas du fait des indisponibilités de l'animateur et aussi de moyens au sein de l'agence. Le groupe est pourtant volontaire pour cette action.

Un deuxième grand sujet a mobilisé le groupe avec les suites à donner à la signature le 13 octobre 2015 de la charte Romain JACOB. Pascal JACOB qui a participé à nos travaux a présenté le bilan annuel des mises en application et de l'évaluation des résultats. Pour la Bretagne il reste une grande marge de progrès. Aussi notre groupe a voulu porter un nouveau débat public sur cette carte et ce débat est prévu en octobre 2017.

Pour la cotation des actes qui apparaît souvent comme un frein pour de nombreuses personnes en situation de handicap de pouvoir trouver aisément des praticiens, nous avons espéré que l'intervenant prévu par Adessadomicile puisse agir et nous aider dans cette action. Or sa présence est toujours attendue.

Les travaux concernant les soins dentaires sont souvent abordés au sein de notre groupe grâce à l'appui des deux membres du réseau SDS que sont le Dr Xavier DELTOME et le Dr Mélanie BRION coordinatrice du réseau SDS.

PROJETS 2017 DU GROUPE ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

- Le débat public sur l'évaluation de la charte Romain JACOB.
- La poursuite des actions de recensement des actions existantes et la création d'une base de données permettant de s'y référer.
- La recherche de solutions pour amender les dispositions notamment celle de la cotation des soins spécifiques ou non selon le temps consacré par les praticiens en fonction des handicaps de certaines personnes.





GROUPE DE TRAVAIL PRÉVENTION – JEUNES ENFANTS

Pilotes : **Dr Anne LETORET** et **Mme Mireille MASSOT**

20 membres issus majoritairement de : Agence Régionale de santé, Collectivités territoriales, Éducation nationale, CAF, Service d'aide à la personne, URAF Bretagne, IREPS, association d'usagers, URPS, CMPP, MSA d'Armorique, Mutualité française.

Création du groupe en 2015

La poursuite des travaux

Les objectifs initiaux du groupe ont été atteints. L'approche populationnelle de la santé des enfants offre une réelle opportunité de prise en compte des inégalités de santé dès le plus jeune âge. La spécificité de la triade « enfant /parents/ soignants » impacte le parcours de santé des enfants. Ces éléments représentent de vrais enjeux de santé publique. L'année 2016 est marquée par la mise en œuvre des premiers travaux du futur Programme Régional de Santé. Les membres du groupe ont proposé au Président Gaillard de valider la poursuite des réflexions dans le cadre des travaux préparatoires du PRS. Des ateliers ont été proposés au sein de la CRSA pour dégager les thématiques qui pourraient faire l'objet d'axes du PRS autour de la santé des enfants. Les premiers recensements d'actions témoignent du faible nombre d'actions repérées envers les très jeunes enfants. Les périodes périnatales et petite enfance sont donc confirmées comme levier pour la prévention et la lutte précoces contre les inégalités. Le milieu scolaire est établi comme lieu privilégié de mobilisation autour de la santé. La mise en œuvre du parcours éducatif en santé préfigure de dynamique confortée entre acteurs. Les articulations avec les modes d'accueil et le renforcement des compétences psychosociales sont identifiés comme axe de travail à retenir. Le rôle du médecin « référent enfant » défini dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé pourrait favoriser la coordination des parcours de santé des enfants. Les liens sont également faits avec la loi de protection de l'enfant du 14 mars 2016.

Les travaux ont été présentés à la commission spécialisée prévention pour effectuer les passerelles indispensables avec les sujets communs tels que l'environnement, les actions de préventions, l'accès précoce aux soins adaptés...

3

RÉUNIONS
SE SONT
TENUES
EN 2016

GROUPE DE TRAVAIL SOINS ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

Pilotes : M. Jacques FAYOLLE, Dr Elisabeth SHEPPARD, M. François HEISSAT

Dans la poursuite de son activité de 2015 le groupe de travail a souhaité réfléchir sur les pistes d'amélioration de la prise en compte des jeunes de 16 à 25 ans qui souffrent de troubles psychiques sévères. Le groupe a émis plusieurs propositions visant à passer du Risque de Rupture Avérée dans un Parcours Type à une Réponse Accompagnée Pour Tous telle que souhaitée par la mission Dessaule faisant suite au Rapport Piveteau « zéro sans solutions ».

Ce groupe s'est réuni 4 fois en 2016, réunions au cours desquelles il y a eu :

- **présentations de projets innovants** : un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale expérimental dédié aux 16-25 ans présentant des difficultés psychiques qui entravent gravement leurs capacités de socialisation porté par l'association AR-ROC'H-ITEP de Betton ; CORSPEA (Coordination en réseau des soins psychiques des enfants et adolescents) sur Brest par M. AUNIS CMPP de Chassagny ;
- **présentation du fonctionnement de la Maison des Adolescents** d'Ille-et-Vilaine par le Dr LEHUEDE et Mme BLUM ; et intervention de Mme Chauvet du Rectorat d'Académie.

Objectifs du groupe de travail

Répondre aux questions suivantes :

QUESTION 1

Que se passe-t-il pour la tranche d'âge des 16-25 ans lorsque les difficultés psychiques peuvent, si elles ne sont pas suffisamment prises en compte, évoluer en maladie psychiatrique qui à cette période de bouleversement peut faire irruption dans leur vie et dans leur environnement ?

QUESTION 2

Comment se passe le premier accès au soin ? L'offre de soins pour les jeunes de 16 à 25 ans présentant des difficultés psychiques est-elle adaptée à leurs besoins avérés ?

QUESTION 3

Comment on les accompagne pour trouver une formation, un logement et les (re)mettre dans une dynamique de socialisation ?

4
RENCONTRES
ONT ÉTÉ
ORGANISÉES
EN 2016



Les Enjeux

Quelques propositions de mise en œuvre de la RAPT
(la Réponse Accompagnée Pour Tous)

1

Différencier l'accueil des 16-25 ans au niveau sanitaire afin d'éviter la cohabitation avec des personnes qui ont des difficultés psychiques chroniques

2

Harmonisation des différents dispositifs par une référence à la tranche d'âge 16-25 ans

3

Garantir la continuité des soins et de l'accompagnement y compris et surtout dans les périodes présentant un risque de rupture important

4

Absence d'offres adaptées donc engorgement de structures (CMPP, ITEP, IME, ESAT.....) ce qui limite la fluidité des parcours

5

Proposition d'un contrat jeune majeur spécifique pour les enfants en situation de handicap et pris en charge par l'ASE, dans la mesure où la sortie du dispositif ASE est souvent un point de rupture

Une forte contribution de ce groupe de travail s'est faite lors de l'atelier Santé mentale de la CRSA du 1^{er} décembre 2016. Les conclusions ont été reprises dans la contribution d'ensemble de la CRSA. Nous rappelons entre autres trois constats : les programmes nationaux dans ce domaine sont insuffisants ; les liens avec les équipes pédagogiques et de soins des établissements sont insuffisamment développés ; les demandes des familles ne sont pas prises en compte et restent donc « inaudibles ».

Un prochain objectif sur 2017 consiste à s'entretenir avec des représentants « Jeunes » du Conseil Régional pour recueillir leurs avis et contributions sur ce sujet.

◆ CONSTATS SUITE AUX DIFFÉRENTS TRAVAUX DU GROUPE DE TRAVAIL : LE RISQUE DE RUPTURE AVÉRÉE DANS UN PARCOURS TYPE

L'offre de soins (hôpital, ESMS...) ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins des 16-25 ans présentant des difficultés psychiques. La coordination des acteurs et de l'entourage n'est pas satisfaisante et montre les limites des dispositifs actuels. L'école n'est plus obligatoire à partir de 16 ans ce qui pour les plus fragiles peut présenter un risque de désocialisation supplémentaire. L'adolescence est une période de transition entre le monde de l'enfance et celui de l'adulte qui offre des possibles car elle favorise le mouvement de « déconstruction-reconstruction ». Cette période de « déséquilibre » nécessite pour certains plus vulnérables un accompagnement adapté afin de pouvoir évoluer positivement. C'est à cette période qu'émergent et se développent des troubles psychiatriques graves qui peuvent amener à de la chronicisation s'ils ne trouvent pas une réponse qui soit à la fois souple et adaptée. Il y a des jeunes qui malgré des besoins diagnostiqués bénéficient tardivement d'accompagnements nécessaires et qui vont avoir des besoins supplémentaires à partir de 16-18 ans. Il y a risque de perte de chances s'ils ne sont pas accompagnés au plus tôt car aggravement et enkystement à l'âge adulte dans des parcours chroniques faits d'hospitalisations à répétition, de vie dans la rue, de développement d'addictions... et qui de fait ont un coût économique et social important.

GROUPE DE TRAVAIL HOSPITALISATION À DOMICILE

Pilotes : **M. Bernard GAILLARD, Mme Sophie PELLIER et Mme Anne LE GAGNE**

Après le débat public de février 2016 à Cancale sur le développement de la chirurgie ambulatoire et ses enjeux au bénéfice du patient, un groupe de travail a été mis en place en 2016 avec pour co-pilotes Sophie PELLIER et Anne LE GAGNE. Sa problématique porte sur le développement de l'HAD sur les territoires dans le cadre du virage ambulatoire. Comment inscrire l'HAD dans les parcours de soins ? Comment mobiliser les acteurs de santé pour l'HAD sur les territoires ? Le groupe est composé de représentants HAD, Hospitaliers, représentants d'usagers, représentants des URPS.

Deux réunions ont eu lieu en 2016. Les questions abordées ont été : place et rôle des partenaires professionnels libéraux ; l'intérêt pour le patient, l'HAD étant un des leviers majeurs pour un parcours de soins sécurisés ; les difficultés dans les établissements et services hospitaliers ; les articulations nécessaires entre établissements hospitaliers et établissements HAD ; l'harmonisation des pratiques professionnelles ; les coordinations des acteurs de soins ; les difficultés dans le périmètre de prise en charge.

Les échanges au sein du groupe et la présentation du fonctionnement de l'HAD de Lorient avec la notion de parcours de soins et projet patients a montré les nombreuses questions qui se posent au développement de l'HAD et pour une amélioration de la qualité des prises en charge. Le constat de dysfonctionnements à lever avec les adresseurs, les procédures d'orientation, la méconnaissance totale du parcours patient et de l'HAD, la réactivité des structures HAD, la continuité médicale et du soin sont pointés. De côté des professionnels de santé, les questions à traiter sont les rémunérations et la reconnaissance des professionnels libéraux, difficulté de recrutement des médecins coordonnateurs HAD. Le problème de l'inappropriation de la notion de parcours de soins par les tutelles et du manque de soutien de l'ARS est aussi pointé. Les travaux du groupe ont permis de contribuer à l'élaboration du Projet Régional de Santé.



GROUPE DE TRAVAIL TÉLÉMÉDECINE ET E-SANTÉ

Pilote : **M. Bernard GAILLARD**

Le groupe de travail s'est réuni deux fois en 2016 avec des chercheurs de haut niveau autour de deux thèmes majeurs : les évolutions autour de la médecine numérique, et celles issues des objets connectés dans le champ de la santé. Le médecin est aujourd'hui inévitablement confronté au numérique, aux systèmes experts, par le développement parallèle de la génomique, des neurosciences et des objets connectés, du big data. Ce n'est pas uniquement une évolution des connaissances scientifiques à laquelle nous assistons comme auparavant, mais à l'insertion dans le quotidien des médecins, de la construction diagnostique, et dans le quotidien des patients et de leurs relations avec les médecins, du numérique dans tous ses aspects. Quelles évolutions pour l'avenir dans les pratiques médicales ? Dans l'organisation des soins ? Quelles vigilances faut-il avoir ? À quoi sert un service de génétique ? Qu'y fait-on, qu'y propose-t-on ? Quel laboratoire y est attaché ? A propos de la médecine prédictive : quid des tests sur le génome et des risques repérables : législation, intérêt, pratique réelle ? Quid des thérapies géniques : ce que l'on fait, ce que l'on prévoit de faire. Les nanoparticules interviennent-elles ? Quid de la technique de réparation du CRISPR qui est une technique de réparation de l'ADN ? Pourquoi des réticences ? Quid de l'eugénisme et de l'homme modifié : fantasme ? Questionnements éthiques actuels. Dans le champ de la génétique et des maladies rares, trois principes majeurs pourraient être dégagés :

- 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.

Pour les objets connectés qui ne cessent de se développer dans le champ de la santé, présentation du projet labellisation par le co-fondateur de dmd Santé. Les objets connectés, les applications ne sont pas régulés par les financements publics. Quelles sont réellement leurs valeurs d'usage ? L'usage par les patients apporte-t-il un plus ? A propos des objets connectés et applis, le praticien-chercheur souligne que 80 % du marché n'est pas conforme aux critères établis, y compris dans le cadre des recommandations HAS. Il propose des critères à respecter pour les applications : la validité médicale sans conflit d'intérêt ; les droits sur le traitement des données collectées ; des considérations éthiques ; la sécurité informatique. Ces réflexions contribuent à faire des propositions pour notre système de santé.

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016 DE LA CRSA BRETAGNE

Directeur de la publication

Bernard GAILLARD

Coordination

Clélia BASSINAT

Karen LETENDART

Marie-Laure ROUMIEUX

Rédaction

Bernard GAILLARD, Claude LAURENT,
Philippe LEROUX, Jacky DESDOIGTS
et Dominique BURONFOSSE

Crédits Photos

ARS Bretagne, Istock

Impression

Groupe Edicolor

Réalisation

YOUZ

Dépôt Légal

à parution

N° ISSN

2275-931X



Bretagne
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie