

**Projet Régional
de Santé de Bretagne**
2012-2016

**Agir Ensemble Pour
La Santé Des Bretons**



Agir ensemble pour la santé de tous les Bretons

Le PRS : une stratégie d'action à 5 ans



Après plusieurs mois de travail, d'échanges et de concertation avec nos partenaires, j'ai arrêté le Projet Régional de Santé Bretagne (PRS). Plus de 1500 personnes ont contribué à l'élaboration du PRS, je souhaite très sincèrement les en remercier. Cette participation d'importance est unique dans l'histoire de la santé en Bretagne ; jamais auparavant une telle mobilisation ne s'était tenue pour construire une politique de santé globale et intersectorielle associant tant les acteurs de la prévention, du soins et de l'accompagnement social et médico-social, que les acteurs de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire, et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Ce décloisonnement des politiques de santé a été rendu possible par la création même des ARS avec, pour notre région, une finalité : « Agir ensemble pour la santé de tous les Bretons ».

Le PRS est consultable sur le site internet de l'ARS Bretagne. Difficile de le résumer en quelques mots. Pour autant, pour que chaque breton se l'approprie, j'ai souhaité compléter ce PRS par une approche thématique transversale plus concise. Tel est l'objet de ce document qui présente en effet les orientations de santé de l'agence en s'appuyant sur 9 principes d'action :

- prendre en charge le patient au plus proche de son domicile
- structurer une réponse aux urgences adaptée et de proximité
- garantir une prise en charge adaptée du patient par une offre graduée d'équipements techniques et d'activités de soins
- mieux structurer l'offre sanitaire et médico-sociale pour accompagner le vieillissement de la population
- accompagner les personnes en situation de handicap aux différents âges de la vie
- mieux prendre en compte la santé mentale et la prise en charge des personnes atteintes de troubles ou de handicap psychique
- organiser la prévention et la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives
- améliorer la gestion des risques sanitaires
- poursuivre l'action de protection de la population face aux impacts de l'environnement sur la santé.

Autant d'engagements qui poursuivent plusieurs objectifs :

- **faire de la Bretagne** une région dans laquelle auront été créées les conditions d'amélioration de la santé des bretons, au regard notamment de la situation singulière de notre région en matière de surmortalité générale, de santé mentale, de comportements à risque pour la santé ;
- **établir** une plus grande égalité devant la santé, du point de vue territorial et social, en veillant notamment à réduire l'écart entre l'ouest et l'est de la Bretagne du point de vue des indicateurs de santé et en favorisant la mise en place d'une politique de développement équilibré de l'offre en région ;
- **construire** un système assurant le maillage de l'offre de soins de premier recours ;
- **développer** une gamme de services et d'équipements favorisant la qualité et la sécurité des soins, à travers notamment la construction d'une offre graduée ;
- **bâtir** une offre de soins coordonnée entre les différents acteurs et favorisant une prise en charge globale de la personne ainsi que les parcours de vie ;
- **favoriser** un accompagnement médico-social équilibré entre les territoires et diversifié, offrant une part de services plus importante ;
- **assurer** un équilibre économique et financier du système permettant d'en garantir la pérennité.

Pour conserver notre système de santé envié par de nombreux pays, agissons ensemble pour la santé de tous les Bretons.

Alain GAUTRON
Directeur Général de l'ARS Bretagne

SOMMAIRE

L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA BRETAGNE EN FAVEUR DE LA SANTÉ	5
LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS)	6
PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT AU PLUS PROCHE DE SON DOMICILE.....	10
STRUCTURER UNE RÉPONSE AUX URGENCES, ADAPTÉE ET DE PROXIMITÉ.....	18
GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE DU PATIENT PAR UNE OFFRE GRADUÉE D'ÉQUIPEMENTS TECHNIQUES ET D'ACTIVITÉS DE SOINS	21
MIEUX STRUCTURER L'OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE POUR ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	24
ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE	26
MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES OU DE HANDICAP PSYCHIQUES	28
ORGANISER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES.....	30
AMÉLIORER LA GESTION DES RISQUES SANITAIRES	32
POURSUIVRE L'ACTION DE PROTECTION DE LA POPULATION FACE AUX IMPACTS DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ	34
LE PRS : UNE CONSTRUCTION CONCERTÉE.....	35
LES PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ	36
LES PROGRAMMES	37

L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA BRETAGNE EN FAVEUR DE LA SANTÉ

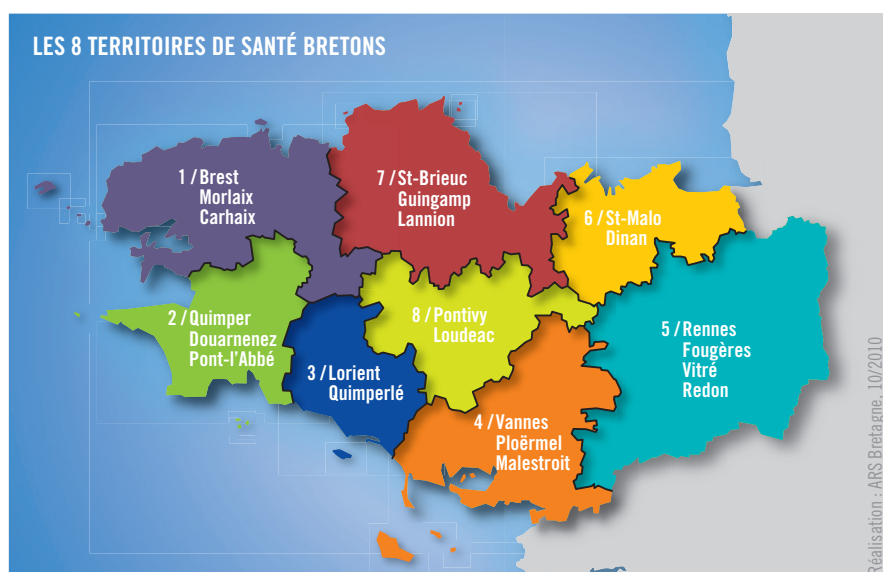
8 TERRITOIRES DE SANTÉ POUR CONFORTER LES ACTIONS DE PROXIMITÉ ET FAVORISER L'ARTICULATION DES ACTEURS DE SANTÉ

En application de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, dite aussi loi « HPST », l'Agence Régionale de Santé (ARS) a défini, dans un souci de découplage, les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Ce champ d'application constitue une évolution puisqu'auparavant, les huit secteurs sanitaires concernaient exclusivement l'offre de soins hospitalière.

Au nombre de 8, ces territoires de santé sont organisés autour des besoins d'un bassin de population, d'une gradation de l'offre de soins et des plateaux techniques, et de la mise en œuvre de filières territoriales de santé.

A travers ce découpage, il s'agit de donner une nouvelle impulsion à la dynamique de coopération qui existait dans les secteurs sanitaires. Un choix qui traduit la volonté de conforter les actions de proximité et la reconnaissance des spécificités de ces territoires tout en favorisant l'articulation des acteurs du système de santé.

- 1 / Brest - Carhaix - Morlaix
- 2 / Quimper - Douarnenez - Pont-l'Abbé
- 3 / Lorient - Quimperlé
- 4 / Vannes - Ploërmel - Malestroit
- 5 / Rennes - Redon - Fougères - Vitré
- 6 / Saint-Malo - Dinan
- 7 / Saint-Brieuc - Lannion - Guingamp
- 8 / Loudéac - Pontivy



8 TERRITOIRES DE SANTÉ, 8 CONFÉRENCES DE TERRITOIRES

Les conférences de territoires sont le lieu privilégié de la concertation dans les territoires de santé. Avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) qui comprend en son sein des représentants des conférences de territoire, elles constituent les instances de la démocratie sanitaire.

Mises en place par l'ARS en janvier 2010, elles sont un lieu d'échanges sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS. A ce titre, elles ont comme préoccupation première le découplage des secteurs hospitalier, médico-social, ambulatoire et de la prévention. Outre la déclinaison d'une politique territoriale de santé cohérente avec la politique régionale, elles sont attentives au développement d'une politique de santé dans les territoires de projet, en particulier dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé, des soins de premier recours ou du maintien à domicile. Elles veillent également à assurer la cohérence des projets locaux de territoire avec les actions des partenaires départementaux (Conseils Généraux et Préfectures notamment).

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS)

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ : UNE AMBITION POLITIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ DES BRETONS

L'Agence Régionale de Santé Bretagne est chargée de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions régionaux concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé et à l'amélioration de la santé des bretons. **5 domaines nationaux** sont identifiés comme stratégiques : handicap et vieillissement ; risques sanitaires ; périnatalité et enfance ; maladies chroniques ; santé mentale (incluant la prise en charge de la souffrance psychique et des pratiques addictives notamment chez les jeunes).

Chaque région se dote, dans ce cadre renouvelé, d'un outil de pilotage concerté : le Projet Régional de Santé (PRS). Le PRS constitue ainsi la feuille de route de la politique de santé de la région pour les cinq années à venir.

Véritable nouveauté législative, le PRS participe, de part son pilotage régional, à la logique de décloisonnement entre les secteurs hospitalier, médico-social, libéral et de la prévention. Il doit s'inscrire dans les orientations de la politique nationale de santé et se conformer aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.



LE PRS EST COMPOSÉ DE 3 NIVEAUX...

- **Le plan stratégique régional de santé** (PSRS) qui définit pour 5 ans les priorités et les objectifs de l'ARS en matière de santé
- **Les schémas régionaux** qui déclinent ces priorités dans les domaines relevant des champs d'action de l'ARS : la prévention, les soins, l'accompagnement et les prises en charge médico-sociales
- **Les programmes**, dont l'objet est de décliner les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

LE PRS BRETAGNE COMPORTE 8 PROGRAMMES :

- le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR) ;
- le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS) ;
- le programme régional télémédecine et systèmes d'informations partagés (PRTSIP) ;
- le programme médicament et infections associées aux soins ;
- le programme professions de santé ;
- le programme régional santé environnement (PRSE) ;
- les programmes territoriaux de santé.

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS)



... ET IL EST FONDÉ SUR UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ AVEC LES INSTANCES DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Au point de départ, l'élaboration du PRS s'est appuyée sur un diagnostic. En effet, connaître l'état de la santé bretonne, l'offre disponible et sa répartition a été un préalable au PSRS.

Pour y répondre, **un état des lieux de la santé de la population bretonne** a été réalisé en septembre 2010 par l'Observatoire Régional de Santé Bretagne (ORSB) et l'ARS. Cette photographie de la santé des bretons a été complétée par **un diagnostic de l'offre en santé en Bretagne** (offre hospitalière, médecine de ville et médico-sociale).

Ces éléments ont été enrichis des réflexions de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), l'élaboration du projet régional de santé s'inscrivant bien dans une démarche de concertation avec les acteurs du système de santé breton.

Premier **élément de construction du PRS, le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** définit les orientations stratégiques destinées à répondre aux besoins et problématiques de santé identifiés à partir du diagnostic et des travaux de la CRSA.

LES BESOINS ET PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ EN BRETAGNE

- **des indicateurs de santé défavorables par rapport au niveau national** : les hommes présentent une surmortalité générale de + 10 %, les femmes de + 7 %. Parmi les problématiques de santé notables, on peut retenir les maladies cardio-vasculaires et les cancers, premières causes de mortalité, mais également les addictions et la santé mentale.
- **des inégalités territoriales en santé à infléchir : on observe un gradient est/ouest**. De façon générale, plus on va vers l'Ouest, moins les indicateurs sont favorables, avec des surmortalités plus importantes dans l'Ouest de la région (à l'exception du pays de Redon marqué également par une surmortalité importante). Cette surmortalité observée dans l'Ouest est davantage marquée chez les hommes que chez les femmes.
- **un vieillissement démographique impliquant le développement des besoins de la population âgée et une adaptation de l'offre en santé** : la population doit s'accroître de façon significative d'ici 2030, passant de 3,1 à 3,5 millions d'habitants en 2030 selon les projections de l'INSEE. Les plus de 60 ans représenteraient près d'un breton sur trois, soit plus d'un million d'habitants en 2030 contre un sur quatre en 2008. Les plus de 80 ans, actuellement 5% de la population, verraient leur nombre fortement progresser d'ici 2030, et plus que doubler en 2050.
- **une région globalement mieux équipée du point de vue de l'offre que la moyenne nationale mais des situations où les besoins restent insuffisamment couverts** : c'est le cas de certaines zones dites fragiles du point de vue de l'offre en médecins généralistes, ou pour certains domaines dans le secteur du handicap. Dans un souci d'équité, il s'agit donc de rééquilibrer les efforts entre territoires, tout en maintenant le niveau d'accès aux équipements et services.
- **des filières et parcours à fluidifier, des transversalités à améliorer** : il existe un enjeu de coordination des acteurs au sein du système de santé afin de pouvoir améliorer les prises en charge. Parmi les pistes de travail, on peut citer la mise en place de filières gériatriques ou le renforcement des coordinations dans le domaine de la santé mentale.
- **une exigence de qualité pour notre système de santé et un système de veille et de sécurité sanitaires performant** : les attentes sont fortes de la part des pouvoirs publics, des professionnels et des usagers en matière de sécurité du système de soins, de veille et de gestion des risques sanitaires.
- **l'efficience du système à garantir** : les équilibres financiers doivent être préservés afin d'en assurer la pérennité. Chaque année, le parlement fixe l'objectif de dépenses d'assurance maladie. Les évolutions du système de santé breton doivent donc intégrer la contrainte d'une enveloppe financière en progression, mais fermée.

3 PRIORITÉS DE SANTÉ POUR LA BRETAGNE

Après une large concertation et plusieurs consultations, les priorités de santé et les objectifs stratégiques en santé pour la Bretagne pour les cinq années à venir sont connues.

PRIORITÉ 1 : PRÉVENIR LES ATTEINTES PRÉMATURÉES À LA SANTÉ ET À LA QUALITÉ DE VIE

Promouvoir les comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique, promouvoir l'égalité devant la santé, prévenir les conduites addictives, promouvoir la santé mentale, favoriser les dépistages, prévenir l'exposition de la population aux facteurs de risques environnementaux, assurer la veille et la sécurité sanitaires sur le territoire breton...



« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. [...]

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : [...] son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

(Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986)



PRIORITÉ 2 : AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP, DE LA PERTE D'AUTONOMIE, DES DÉPENDANCES ET DU VIEILLISSEMENT

Répondre à la diversité des attentes et à de nouveaux besoins de prise en charge des personnes âgées et handicapées, favoriser la fluidité du parcours de vie des personnes handicapées et le parcours de soins des personnes âgées, améliorer l'équité territoriale de l'offre dans le secteur du handicap et des personnes âgées, développer la qualité des prises en charge...



« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (...). »

(Constitution de l'OMS)



PRIORITÉ 3 : FAVORISER L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ SUR TOUT LE TERRITOIRE

Prévoir et accompagner l'évolution de la démographie médicale, conforter l'accès aux soins de 1^{er} recours et à la permanence des soins, promouvoir la qualité et l'efficacité des soins, renforcer les coopérations entre établissements de santé, lutter contre les inégalités de santé entre les catégories socio-économiques, entre les hommes et les femmes et entre les territoires, prendre en compte les besoins de santé des personnes les plus démunies par l'élaboration et la mise en œuvre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).



« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. »

(Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 10 décembre 1948 (article 25))



A ces priorités, s'ajoute l'objectif d'assurer l'efficacité de notre système de santé dans le respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie voté annuellement par le Parlement.

PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT AU PLUS PROCHE DE SON DOMICILE

Prendre en charge le patient au plus proche de son domicile implique d'organiser l'offre de soins de 1^{er} recours, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques, en s'appuyant sur les réseaux de santé ville/hôpital et les filières de soins et en s'articulant avec l'hospitalisation à domicile.

L'OFFRE DE SOINS DE 1^{ER} RECOURS : UNE OFFRE INÉGALEMENT RÉPARTIE SUR LE TERRITOIRE ET UN EXERCICE REGROUPÉ À ENCOURAGER

L'offre de soins de 1^{er} recours couvre :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé identifiés par la loi HPST sur le 1^{er} recours sont principalement installés en ambulatoire :

- les médecins généralistes ;
- les infirmiers ;
- les masseurs-kinésithérapeutes ;
- les chirurgiens-dentistes ;
- les pharmaciens d'officine.

PARTENAIRES Les professionnels de santé libéraux, les réseaux de santé, les centres de santé, les établissements et services médico-sociaux (ex. : SSIAD, EHPAD, etc.), les services sociaux, les collectivités territoriales, les services déconcentrés de l'Etat, les établissements de santé et les acteurs de la prévention, etc.



ÉLÉMENTS CLÉS DE L'OFFRE DE SOINS DE 1^{ER} RECOURS EN BRETAGNE

→ faiblesses :

- Vieillissement de certaines catégories de professionnels de santé
- Densité des médecins inférieure à la moyenne nationale
- Inégale répartition de l'offre de soins de premier recours, excepté les pharmacies
- Manque d'attractivité de la médecine libérale

→ forces :

- Démographie des professionnels de santé globalement satisfaisante (hormis celle des médecins)

→ défi à relever :

- Désertification de certaines zones géographiques et difficultés d'accès aux soins en raison des départs massifs à la retraite des médecins non remplacés
- Vieillissement important de la population nécessitant des adaptations des offres sanitaires et médico-sociales aux besoins émergents

→ opportunités :

- Important potentiel de formation de professionnels de santé : 2 CHU et nombreux instituts de formations pour les professionnels paramédicaux
- Dynamisme des professionnels de santé Bretons sur l'évolution des organisations



PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

→ Conforter l'accès aux soins de premier recours :

- poursuivre l'accompagnement des projets d'organisation en pluridisciplinarité des professionnels de santé libéraux (ex : maison de santé, pôle de santé, etc.), notamment dans les zones sous-dotées en professionnels de santé ;
- encourager les médecins généralistes à se faire agréer comme maître de stage afin de faire découvrir l'exercice de la médecine générale et l'exercice libéral aux étudiants et internes ;
- mettre en place une plate-forme régionale d'appui aux professionnels de santé (PAPS).



→ Améliorer la qualité des soins au meilleur coût :

- poursuivre l'accompagnement de la démarche qualité au travers des groupes qualité de médecins ;
- accompagner et évaluer les sites expérimentaux des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

→ Fluidifier la trajectoire du patient :

- renforcer l'efficacité des réseaux de santé ville/hôpital et poursuivre le décroisement du système de santé.

LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES : UNE OFFRE DE PROXIMITÉ À CONFORTER

La prise en charge des patients malades chroniques constitue un véritable enjeu de santé publique. Les principales causes de maladie (diabète, maladies cardio-vasculaires) et le vieillissement de la population font envisager une poursuite de la progression du nombre de patients.

La maladie chronique se caractérise de la manière suivante :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer,
- une ancienneté minimale de 3 mois ou supposée telle,
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
 - une dépendance vis-à-vis du médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance, ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Certaines maladies chroniques peuvent faire l'objet d'une prise en charge en Affection Longue Durée (ALD) par exemple : diabète, hépatites chroniques B et C...

PARTENAIRES Le médecin traitant, les médecins spécialistes libéraux et hospitaliers, les réseaux de santé, l'HAD, les acteurs de la prévention, les collectivités territoriales, les services déconcentrés de l'Etat, etc.

LES MALADIES CHRONIQUES : UN TAUX PLUS IMPORTANT EN BRETAGNE ET LES HOMMES D'AVANTAGE TOUCHÉS

En Bretagne, le taux brut d'admission en Affection Longue Durée (ALD) s'élève à 21,7 pour 1000, contre 20,8 au niveau national. Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'âge. Les 5 principaux motifs d'admission en ALD sont, par ordre décroissant :

- les maladies cardio-vasculaires ;
- les tumeurs ;
- le diabète et autres maladies métaboliques ;
- les troubles mentaux ;
- les maladies du système nerveux ;

Leur répartition varie en fonction du sexe et de l'âge.

Face à ce constat, pour l'ARS Bretagne, l'enjeu est double : renforcer la prévention et prendre en charge globalement le patient afin d'éviter les complications et/ou retarder la perte d'autonomie et apporter une meilleure qualité de vie au patient.



PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

→ **Améliorer l'offre de services :**

- Rendre plus lisible l'offre existante pour la prise en charge des malades chroniques ;
- Développer cette offre pour mieux répondre aux besoins des patients ;
- Favoriser le développement de la télémédecine.

→ **Développer une offre accessible et de proximité :** promouvoir une organisation par territoire de santé afin de répondre aux besoins des patients en proximité.

→ **Développer les coopérations et la collaboration entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et de la prévention** afin de développer les pratiques en équipe pluridisciplinaire et ainsi assurer un parcours de soins global et coordonné au patient.

L'ACCOMPAGNEMENT ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : MIEUX GÉRER LA MALADIE CHRONIQUE

Visant à rendre le patient plus autonome et à faciliter son adhésion aux traitements, l'accompagnement et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est désormais inscrite officiellement dans le parcours de soins (cf. définition des soins de premier recours).

→ **Rappel de la définition et finalités de l'ETP**

L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. L'objectif : aider les patients ainsi que leurs familles à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les professionnels de santé et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. L'ETP comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

→ **Les acteurs de l'ETP**

La démarche éducative accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. Elle s'appuie sur les professionnels de santé de premier recours (elle fait partie des soins de premier recours), les hôpitaux, les réseaux de santé ville-hôpital, les associations, etc.

→ **Les pathologies concernées**

Les programmes d'ETP concernent principalement, par ordre décroissant, les pathologies cardio-vasculaires, le diabète, l'insuffisance respiratoire, le suivi de la stomathérapie, de l'obésité, la rhumatologie, la santé mentale, le VIH SIDA, l'insuffisance rénale chronique ou encore la tuberculose.

En matière d'ETP, l'ARS Bretagne se donne comme plan d'action :

- **d'organiser l'ETP par territoire de santé** en suscitant les coopérations entre l'ambulatoire et l'hospitalier autour de programmes d'ETP communs par territoire ;
- **d'informer les acteurs et les patients sur l'offre disponible en ETP par territoire** en développant un système d'information permettant d'identifier les acteurs et les programmes d'ETP en cours par territoire ;
- **de garantir une offre d'ETP de qualité** en associant les patients et les acteurs du social à la définition et la mise en œuvre des actions et programmes ;
- **d'organiser les moyens financiers** en proposant un dispositif de financement de l'ETP par territoire de santé.

AMÉLIORER LE TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL

LE DÉPISTAGE EN BRETAGNE

Deux cancers font l'objet d'un dépistage organisé dans les 4 départements de Bretagne comme dans les autres départements de France : le cancer colorectal et le cancer du sein. Le dépistage organisé est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. Ce dépistage organisé est cofinancé par l'ARS et l'Assurance Maladie de façon à permettre un accès sans avance de frais aux personnes concernées.



Le cancer colorectal en incidence comme en mortalité se situe au 2^{ème} rang chez la femme et au 4^{ème} rang chez l'homme.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en incidence comme en mortalité.

Bien que le taux de participation de la population bretonne au dépistage du cancer colorectal (36,5%) soit plus élevé que celui de la moyenne française (34%), il est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45 % de participation et loin derrière le taux souhaitable de 65 %. De même, bien que le taux de participation au dépistage du cancer du sein soit en Bretagne l'un des plus élevés de France (61,3% contre 52,1 % en moyenne nationale), ce taux de participation n'atteint pas le seuil de référence de 70 % préconisé au niveau européen.

PARTENAIRES L'Assurance Maladie, les associations pour le dépistage des cancers, les médecins généralistes, les gynécologues, les radiologues, etc.

PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

→ *En lien avec les organismes de l'Assurance Maladie :*

Continuer à promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal

- en relayant les campagnes nationales de mobilisation notamment « Octobre rose » pour le cancer du sein et « Mars Bleu » pour le cancer colorectal ;
- par le soutien du secteur associatif qui se mobilise à travers l'organisation de différentes manifestations au moment de ces périodes de mobilisation nationale.

Continuer à mobiliser les médecins traitants afin de favoriser le dialogue de ceux-ci avec leurs patients sur l'intérêt du dépistage et son suivi.

Envisager l'implication des pharmaciens d'officine dans le dépistage organisé du cancer colorectal lesquels, dans le cadre de leur mission de santé publique, sont au contact de nombreuses personnes et pourraient participer à la remise des tests et à la vérification de leur utilisation.

Rechercher une plus grande efficience des structures de gestion du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal (association départementale de dépistage des cancers) par une mutualisation des moyens et une harmonisation de leur fonctionnement.

POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

Depuis quelques années, l'hospitalisation à domicile (HAD) se développe rapidement afin d'adapter le système de soins aux besoins croissants de la population, notamment vieillissante. L'HAD a pour vocation de prendre en charge, sur leur lieu de vie (domicile, EHPAD), les patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques. En l'absence d'un tel service, ces derniers seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. Elle assure 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, la continuité de soins de qualité équivalents à ceux dispensés dans un hôpital.

Elle est proposée sur prescription médicale, avec l'accord du patient et/ou celui de sa famille, pour une durée limitée dans le temps mais renouvelable si nécessaire. Elle peut être prescrite soit par le médecin traitant, soit par un médecin hospitalier, après une consultation hospitalière ou à la suite d'une hospitalisation. L'admission en HAD est ensuite décidée par le médecin coordinateur du service d'HAD sur la base d'un projet thérapeutique, c'est-à-dire d'un programme de soins et d'accompagnement individualisé. Le médecin coordinateur assure les contacts avec les médecins hospitaliers et libéraux au chevet du patient et organise la coordination des soins. Quant au médecin traitant, librement choisi par le malade, il assure la surveillance des soins pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire de l'HAD : cadres infirmiers, infirmières, puéricultrices, aides-soignantes, kinésithérapeutes, diététiciennes, ergothérapeutes, sages-femmes, psychologues...

L'HAD prend en charge tous les actes médicaux (kinésithérapie, ergothérapie, consultations médicales, examens de laboratoire, imagerie médicale,...), la fourniture des médicaments, ainsi que la location de tout le matériel nécessaire.

PARTENAIRES Le médecin traitant, les médecins spécialistes libéraux et hospitaliers, les infirmiers libéraux, les établissements de santé, les collectivités territoriales, les services de l'Etat, etc.

L'HAD EN BRETAGNE : CARACTÉRISTIQUES

→ Une couverture territoriale satisfaisante mais des territoires non couverts à l'ouest de la région

→ Une activité en augmentation

- nombre de journées : + 21% en 2009, par rapport à 2008 ; + 22% en 2010 par rapport à 2009 ;
- nombre de patients pris en charge : + 23% en 2009 et 2010.

→ Les principaux modes de prise en charge en HAD

- soins palliatifs (le quart des prises en charge) ;
- pansements complexes ;
- soins de nursing lourd ;
- nutrition entérale ;
- post traitement chirurgical ;
- surveillance des grossesses à risque ;
- assistance respiratoire ;
- prise en charge de la douleur.

→ Mode de prise en charge méconnu des professionnels de santé

→ Manque de coordination des établissements d'HAD avec les réseaux de santé, les SSIAD et les EHPAD

PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

→ *Etendre la couverture à l'ensemble du territoire*

→ *Mieux faire connaître l'HAD* auprès des professionnels de santé

→ *Améliorer la qualité de la prise en charge en renforçant* l'articulation avec les partenaires hospitaliers, libéraux et médico-sociaux

→ *Développer et harmoniser* les systèmes d'information partagés entre HAD afin de *sécuriser le circuit du médicament*

LES RÉSEAUX DE SANTÉ VILLE/HÔPITAL : AMÉLIORER LA COORDINATION AU PLUS PRÈS DES LIEUX DE VIE

Les réseaux de santé forment des organisations destinées à faciliter l'accès des malades à des soins continus et coordonnés, de la phase préventive à la phase palliative le cas échéant. L'organisation de ces réseaux de santé repose sur la volonté des professionnels de santé (hôpitaux, cliniques, médecins, paramédicaux, etc.) de travailler en coordination avec l'ensemble des professionnels exerçant en ville et/ou à l'hôpital, afin de faciliter et d'améliorer la continuité de la prise en charge globale du patient et la coopération ville/hôpital, de faciliter l'accès du patient aux différentes structures de soins et aux différents protocoles, tout en respectant leur libre choix. Il s'agit aussi d'améliorer le partage de l'information entre les professionnels de santé ainsi qu'avec le patient.

Les réseaux de santé permettent en effet de fédérer les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'une pathologie donnée (cancer, diabète, sclérose en plaque, etc.). Ils peuvent aussi se regrouper pour offrir un service unifié à la population d'un territoire.

Les objectifs d'un réseau sont de :

- proposer une continuité du parcours de soins centré sur les besoins du patient, en s'articulant avec l'offre de soins existante dans la région (soins de proximité) ;
- améliorer la qualité des pratiques des professionnels de santé par la diffusion de recommandations et l'organisation de formations ;
- mener des actions d'éducation à la santé auprès des patients.

PARTENAIRES Le médecin traitant, les médecins spécialistes libéraux et hospitaliers, les infirmiers et autres professionnels non médecins, les établissements de santé et médico-sociaux, l'assurance-maladie, etc.



LES RÉSEAUX DE SANTÉ EN BRETAGNE

Au 30 septembre 2011, l'ARS Bretagne finance 44 réseaux de santé, à hauteur de 8,9 M € annuels.

Ces réseaux sont répartis selon les thématiques suivantes :

- 7 réseaux Cancérologie
- 4 réseaux Périnatalité
- 4 réseaux Diabète
- 2 réseaux Cardiovasculaire
- 7 réseaux Personnes âgées
- 8 réseaux Soins palliatifs
- 4 réseaux Adolescents
- 8 Autres (addictologie, handicaps, neurologie, soins dentaires spécifiques, troubles de l'apprentissage, insuffisance respiratoire, patients migrants).

La répartition départementale des sièges des réseaux est globalement conforme à la distribution de la population bretonne : Côtes d'Armor : 8 ; Finistère : 12, Ille-et-Vilaine : 15, Morbihan : 9.

L'ensemble du territoire est couvert par les réseaux en périnatalité et en cancérologie conformément aux indications du SROS.

Dans les autres domaines, la création des réseaux est liée à la présence de promoteurs volontaires. Mais sur les principales thématiques (diabète, soins palliatifs, personnes âgées), on retrouve des réseaux dans chaque département.

PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

→ Renforcer l'efficacité des réseaux de santé ville-hôpital :

- par la réalisation de nouveaux supports d'évaluation comme outil de pilotage des réseaux ;
- par l'évolution des réseaux de santé vers des coordinations d'appui territorial.

ORGANISER LES FILIÈRES DE SOINS POUR FLUIDIFIER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Une filière de soins a pour finalité de mieux identifier le parcours du patient et ainsi faciliter l'accès à des soins adéquats et gradués, en fonction de la gravité de son état de santé.

EXEMPLE DE LA FILIÈRE « ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL » (AVC)

La Bretagne affiche une situation défavorable de surmortalité par maladies vasculaires cérébrales par rapport à la moyenne nationale.

Organisation de la filière : l'AVC est une pathologie complexe qui nécessite une prise en charge spécialisée. Cette prise en charge est organisée dans le cadre d'une filière, dont les enjeux sont de structurer :

- une prise en charge adaptée à la pathologie, dans une logique de gradation des soins et de réduction des séquelles ;
- une filière allant de la prévention à la réinsertion à domicile (ou substitut du domicile tel que les établissements médico-sociaux).

En Bretagne, cette filière a été organisée avec une gradation de l'offre de soins en 3 niveaux :

- au premier niveau, au sein de services de neurologie et de soins de suite et de réadaptation spécialisés et polyvalents ;
- un niveau intermédiaire, dans le cadre des unités de proximité (UP-AVC) dans les services de médecine (à orientation neurologique) ;
- un niveau territorial dans les unités neuro-vasculaires (UNV) au sein de 8 services de neurologie, incluant un niveau de recours régional pour les 2 CHU.

Elle est coordonnée et animée par les UNV : partage de référentiels communs et évaluation de la qualité de la prise en charge de l'ensemble des patients du territoire de santé concerné.

PARTENAIRES Les professionnels de santé (dont les médecins généralistes, les médecins urgentistes, les neurologues, les neuro-chirurgiens, les neuro-radiologues, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes), les SMUR, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les réseaux de santé, etc.



PLAN D' ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

Conforter le développement de filières de prise en charge autour des UNV territoriales, des UP- AVC restant à installer et des services de proximité (neurologie, SSR), permettant ainsi de compléter le maillage territorial de l'amont à l'aval.

EXEMPLE DE LA FILIÈRE « INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE » (IRC)

En Bretagne, la prévalence de l'IRC, faible par rapport à la moyenne nationale, est en augmentation. De plus, les principales causes de la maladie (diabète, maladies vasculaires...) et le vieillissement de la population font envisager une poursuite de la progression du nombre de patients. On constate en outre un diagnostic et une prise en charge tardifs de l'IRC. Afin d'améliorer les conditions de sa prise en charge, une organisation en filière a été structurée.

Organisation de la filière : les établissements prenant en charge les insuffisants rénaux doivent s'attacher à assurer individuellement, ou par le biais de convention entre partenaires, la totalité de la filière de prise en charge. L'organisation de la prise en charge de l'IRC doit reposer sur le rôle de recours des 2 CHU bretons qui doivent mettre en œuvre une politique dynamique au regard de leur rôle d'animateur territorial, tant au niveau de leurs activités de proximité que de leurs activités de recours régional.

PARTENAIRES Les professionnels de santé (dont les médecins généralistes, les néphrologues, les infirmiers, etc.), les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les réseaux de santé, etc.



PLAN D' ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

Malgré un maillage actuel satisfaisant, *l'offre de soins devra être adaptée aux besoins de la population* en :

- maintenant les centres de dialyse existants avec leurs principales missions (traitement par épuration extra rénale dans les conditions de qualité et de sécurité, entraînement à l'hémodialyse à domicile ou à l'auto-dialyse, repli des malades en IRCT selon les besoins) ;
- développant la dialyse hors centre, dans un but de proximité et d'efficience (ex. : développement de la dialyse péritonéale y compris dans les EHPAD) ;
- mettant en œuvre les différentes mesures du plan de développement de la dialyse péritonéale sur l'ensemble des 8 territoires de santé.

Le développement de la dialyse hors centre est un enjeu prioritaire national permettant de mieux structurer l'offre de soins et l'efficience des prises en charge.

STRUCTURER UNE RÉPONSE AUX URGENCES, ADAPTÉE ET DE PROXIMITÉ

La réponse aux urgences passe par la coordination et l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital concernant la permanence des soins ambulatoire (PDSA), les urgences et la permanence des soins en établissements de santé (PDSES).

- **L'activité de soin ambulatoire** : concerne les actes ou interventions qui ne nécessitent pas une hospitalisation complète (minimum 24h), mais qui peuvent être réalisés dans la journée.
- **La médecine d'urgence** recouvre les urgences vitales, les urgences diagnostiques et thérapeutiques et les urgences ressenties.
- **La permanence des soins (PDS)** prend le relais de l'activité de soins programmés et non programmés en ambulatoire (médecins libéraux) et à l'hôpital de 20h à 8h, le samedi à partir de midi, les dimanches et jours fériés. La régulation des appels s'effectue par le centre 15.

PARTENAIRES Médecins généralistes, SMUR¹, SAMU², services d'urgences des établissements de santé, Sapeurs-pompiers (SDIS³), transports sanitaires, etc.

LA PERMANENCE DES SOINS : UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC ASSURÉE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN COLLABORATION AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

PLUS DE LA MOITIÉ DES MÉDECINS LIBÉRAUX PARTICIPENT À LA PDSA

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) est assurée par les médecins généralistes sur la base du volontariat dans le cadre de leur activité libérale en dehors des horaires d'ouverture de leur cabinet. Celle-ci doit offrir à tous les patients une réponse adaptée à une demande de soins non programmés ne nécessitant pas de moyens lourds d'intervention. Les médecins libéraux peuvent l'exercer soit :

- dans leur cabinet ;
- au sein de l'une des 21 maisons médicales de garde bretonne ;
- au sein des 6 associations SOS médecins (Saint-Malo, Rennes, Vannes, Lorient, Quimper, Brest).



La PDSA est définie dans le cadre d'un cahier des charges régional, qui en précise l'organisation, ainsi que la rémunération des médecins libéraux y participant. Elle fait l'objet d'une déclinaison par territoire. En 2010, la région Bretagne était découpée en 140 secteurs de garde. L'ARS, en concertation avec les acteurs, a pour objectif dans le cadre du nouveau cahier des charges régional de la PDSA de redéfinir ces secteurs en 58 territoires de PDSA (61 en été).

En 2011, 58 % des médecins généralistes non exemptés sur 2 978 ont participé à la PDSA organisée.

Près de 231 000 actes médicaux ont été réalisés en 2010 dans le cadre de la PDSA dont 61 % le week-end et les jours fériés.

1 - Structures mobiles d'urgences et de réanimation

2 - Services d'aide médicale urgente

3 - Services départementaux d'incendie et de secours

LA FRÉQUENTATION DES SERVICES DE MÉDECINE D'URGENCE EN AUGMENTATION

En 2009, l'équivalent d'un quart de la population bretonne a accédé à l'une des 29 structures de médecine d'urgence, soit 745 998 personnes.

Une évolution importante du nombre de passages aux urgences (+ 8,2%) et d'appels au SAMU (+ 19,6%) a été observée entre 2007 et 2009, ainsi que des sorties des véhicules du Service départemental d'incendie et de secours (SDIS).

LE TERRITOIRE BRETON EST COUVERT DE MANIÈRE SATISFAISANTE POUR LES URGENCES VITALES

- 4 SAMU départementaux (centre 15) ;
- 24 SMUR répartis sur le territoire ;
- 29 structures de médecine d'urgence.

UNE COORDINATION EFFECTIVE DES ACTEURS DE L'HOSPITALIER AVEC LE RÉSEAU RÉGIONAL DES URGENCES (RRU).

UNE NÉCESSITÉ D'ORGANISER LES TRANSPORTS SANITAIRES

afin de prendre en compte la gradation des soins et les restructurations hospitalières.



ÉLÉMENTS CLÉS DU DIAGNOSTIC DE LA RÉPONSE AUX URGENCES EN BRETAGNE

→ faiblesses :

- Une organisation de la PDSA non stabilisée
- Une articulation ville/hôpital à améliorer

→ forces :

- Le pourcentage de médecins généralistes participant à la PDSA est stable depuis plusieurs années en Bretagne, et plutôt au-dessus de la moyenne nationale
- Une couverture du territoire Breton satisfaisante pour les urgences vitales
- Une coordination effective entre les acteurs de l'hospitalier
- Conforter les centres 15 dans leurs rôles de régulateurs

→ défis à relever :

- Une évolution importante du nombre d'appels au SAMU
- Une augmentation du nombre de passages aux urgences

→ opportunités :

- Développer l'interopérabilité des plateformes de régulation et coordonner les prises en charge
- Développer les équipes médicales de territoires
- Organiser les transports sanitaires pour tenir compte des restructurations hospitalières

PLAN D' ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

La volonté de l'ARS Bretagne est que chaque habitant bénéficie d'un conseil adapté lorsqu'il contacte le centre 15 (régulation médicale), puis qu'il soit orienté selon le besoin vers des soins de proximité et pertinents dans le cadre d'une organisation territoriale.

→ Structurer une réponse adaptée au plus proche des besoins entre la ville et l'hôpital :

Aux horaires de permanence des soins, l'accès à cette filière de soins passe obligatoirement par un appel au 15.

La réponse peut être, en fonction des besoins : un conseil, une orientation adaptée vers des soins de proximité ou une prise en charge spécialisée dans le cadre de l'organisation territoriale de la PDSSES.



→ Conforter l'organisation territoriale articulée en amont de l'arrivée aux urgences :

- faire de la régulation médicale le pivot du système, notamment pour la médecine d'urgence ou la médecine libérale (PDSA). L'enjeu est d'apporter une réponse téléphonique graduée en fonction du besoin ;
- développer des plateformes de régulation commune à la PDSA et aux urgences hospitalières ;
- développer la pratique du conseil médical téléphonique ;
- rendre pertinent le maillage des points fixes, telles que les maisons médicales de garde (MMG) et les structures d'urgence ;
- permettre l'accessibilité rapide pour le patient à un lieu de consultation ambulatoire ;
- coordonner la prise en charge entre PDSA, Soins d'urgences et Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) ;
- coordonner les transporteurs sanitaires avec les SDIS pour un exercice 24h/24.

→ Améliorer l'efficience de l'organisation territoriale des structures et sa lisibilité :

- conforter le dispositif de régulation (centre 15) ;
- améliorer la filière de prise en charge par pathologie vers les plateaux techniques gradués pour adapter le schéma cible PDSSES ainsi que coordonner en aval la prise en charge hospitalière ;
- assurer l'interconnexion et l'interopérabilité entre les SAMU ;
- élaborer un schéma régional cible de la PDSSES décliné au sein de chaque territoire ;
- améliorer la réponse aux besoins médicaux dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ;
- améliorer la lisibilité du système pour l'ensemble des acteurs et des usagers, par le biais de la communication ;
- rendre plus efficace la PDSSES.

GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE DU PATIENT PAR UNE OFFRE GRADUÉE D'ÉQUIPEMENTS TECHNIQUES ET D'ACTIVITÉS DE SOINS

La gradation des prises en charge consiste à identifier le parcours et le mode de prise en charge le plus adéquat pour le patient. Dans ce cadre, ce principe doit garantir l'accessibilité (24h/24) ainsi que la qualité de la prise en charge (le soin le plus adapté à l'état de santé du patient). Ainsi, la gradation des soins s'inscrit dans l'objectif de piloter une organisation efficiente de l'offre de soins sur le territoire.

Elle se traduit donc par la définition d'un maillage territorial associant les différents acteurs de la prise en charge, et de complémentarités entre les établissements de santé publics et/ou privés.

Le découpage territorial retenu au sein de la région Bretagne s'y prête, avec une organisation de l'offre de soins, retenue depuis plusieurs SROS, basée sur les deux CHU et six centres de référence, sur lesquels s'appuient les centres de proximité.

LA GRADATION DES SOINS COMPORTE 4 NIVEAUX

(circulaire du 24 février 2011 portant guide méthodologique du SROS) :

LE NIVEAU DES ACTIVITÉS DE SOINS EXERCÉES HORS PERMANENCE DES SOINS HOSPITALIÈRE se structure autour d'une **offre ville-hôpital de proximité**. L'offre de médecine de proximité correspond à ce niveau de soins. Elle permet d'assurer, au sein de tous les établissements autorisés à pratiquer l'activité de médecine, une offre polyvalente, et d'orienter le cas échéant les patients sur des disciplines plus spécialisées, correspondant au niveau de « recours infrarégional ». Elle est basée sur les relations d'adressage entre les médecins de ville et le secteur hospitalier.

Outre les établissements de santé de proximité, ce niveau comprend notamment les centres autorisés aux seules alternatives à l'hospitalisation pour la réalisation d'actes techniques de médecine avec anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

Les établissements de santé de proximité, qui recouvrent les anciens hôpitaux locaux mais également l'ensemble des établissements de santé polyvalents mais de taille limitée et dont l'activité est uniquement programmée et concentrée sur la médecine, constituent des acteurs à part entière de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Ils participent à l'offre de proximité, à l'orientation et à la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire-médico-social. L'exemple des anciens hôpitaux locaux est illustratif du **rôle de pivot** accordé à ces établissements.

LE NIVEAU DE « RECOURS INFRARÉGIONAL » se distingue par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de permanence des soins. Il concerne les établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie.

LE NIVEAU DE « RECOURS RÉGIONAL » : il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées, à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national.

LE NIVEAU DE « RECOURS INTERRÉGIONAL » voire de référence nationale, correspond à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, traitement des grands brûlés, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffe d'organes).



ÉLÉMENTS CLÉS DU DIAGNOSTIC DE LA GRADATION DES SOINS EN BRETAGNE

→ faiblesses : - Des disparités de taux d'équipements entre les territoires (exemple : USLD, SSR...) - Un maillage territorial insuffisant pour les IRM	→ forces : - Un maillage territorial globalement satisfaisant, sur l'ensemble des disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique - Une prise en charge de la grossesse satisfaisante - Le développement des prises en charges alternatives (hospitalisation de jour, HAD...) afin de répondre aux enjeux d'accès aux soins et de proximité
→ défis à relever : - Des spécialités médicales sous tension compte tenu de la démographie médicale (gynécologie obstétrique, chirurgie, imagerie, cardiologie, pneumologie, pédiatrie) et de répartition entre exercice en établissement et exercice libéral - D'importantes disparités intra-régionales, avec des taux de fuites élevés pour certains territoires (exemple : le T6 et T8) - Un taux d'occupation des plateaux techniques et des équipements lourds hétérogène entre les structures	→ opportunités : - Une organisation en filières des soins chirurgicaux - Développer la chirurgie ambulatoire, à la fois sur les actes marqueurs existants, et sur les activités plus innovantes (chirurgie ORL, chirurgie vasculaire, chirurgie urologique), - Renforcer les coopérations entre professionnels de santé (équipes médicales de territoires, coopérations hospitalières de territoires, développement des protocoles de coopération selon l'article 51 de la loi HPST) - Développer la télémedecine et la télé imagerie afin de promouvoir un accès aux plateaux techniques de recours.

UN MAILLAGE TERRITORIAL COHÉRENT AVEC QUELQUES DISPARITÉS INFRARÉGIONALES

L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE DEPUIS 2008 : UNE AUGMENTATION DE 6,5 % EN 2009

En Bretagne, en 2009, 35,3% des séjours chirurgicaux ont été réalisés en chirurgie ambulatoire, tous séjours chirurgicaux confondus, ce qui est proche, mais inférieur au taux français de 36,2%. Le rattrapage doit donc être poursuivi. Le taux de recours à la chirurgie varie d'un territoire à l'autre ; il est particulièrement important dans le territoire 8 (310 / 10 000 habitants), et à un moindre degré dans le territoire 6 (297) alors qu'il est faible dans les territoires 2 et 5 (respectivement 268 et 283). A noter également des taux de fuites entre territoires (particulièrement sur les territoires de santé 6 et 8) pour des actes réalisés dits « classiques » qui pourraient être effectués localement.

L'ACTIVITÉ D'IMAGERIE DEPUIS 2008 : UNE AUGMENTATION DE 6,8 % D'ACTIVITÉ POUR LE SCANNER ET + 10% POUR L'IRM

Cette augmentation de l'activité d'imagerie médicale n'est pas sans masquer des disparités infra régionales en termes d'équipements et devra faire l'objet d'un rééquilibrage au cours du SROS 4.

UNE RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS SATISFAISANTE MAIS AVEC DES DISPARITÉS

Si le maillage territorial issu du précédent schéma est globalement satisfaisant en termes d'offre de soins, il devra être amélioré pour certaines prises en charge identifiées, sous réserve de l'installation de l'ensemble des activités autorisées (USLD, SSR, Soins palliatifs).

L'ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DE LA RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LES TERRITOIRES

L'évolution de la démographie médicale est préoccupante pour certaines spécialités et chez certaines professions notamment pour l'imagerie médicale, la chirurgie, mais aussi pour les médecins anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens-viscéraux, les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres. En effet, le nombre de médecins spécialistes exerçant en établissement de santé est de 70 médecins spécialistes/100 000 habitants en Bretagne contre 88/100 000 en France métropolitaine.

Le programme relatif aux professions de santé devra permettre la réalisation d'un diagnostic partagé avec les acteurs en région afin d'identifier les métiers et disciplines les plus fragiles et de définir le plan d'action adéquat.

DES RÉPONSES À APPORTER AUX PARTICULARITÉS DE LA RÉGION BRETAGNE DANS LE CADRE DES PRIORITÉS DÉFINIES PAR LE PSRS (CANCERS, MALADIES CARDIOVASCULAIRES, MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, ADDICTIONS). Ainsi, la fréquence de certaines maladies génétiques, telle que l'hémochromatose, doit faire l'objet d'actions de dépistage et de prévention.



PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE ET LA GRADATION DES SOINS

→ Développer les coopérations hospitalières

La territorialisation est la voie choisie afin de mettre en œuvre une gradation de l'offre de soins et donc de rationaliser celle-ci. Elle se traduit par la mise en œuvre d'équipes territoriales, de gardes territoriales, de plateaux territoriaux (en biologie, notamment). Sur cette ambition, les outils tels que les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT), les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS), les directions communes... sont d'ores et déjà privilégiés. La loi HPST a renouvelé les outils de coopération auxquels peuvent recourir les établissements de santé.

Le rapprochement d'établissements grâce aux différents outils de coopération a pour objectif principal de mettre en œuvre une stratégie commune, de mutualiser les moyens et de gérer en commun certaines fonctions et activités. Ces coopérations doivent devenir l'outil principal au service de la mise en place de la gradation des soins, en permettant la création de synergies entre équipes de professionnels, et l'atteinte de seuils critiques concourant à la garantie de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'à la promotion de l'efficacité.

→ **Encourager la mise en place d'équipes médicales de territoires** et favoriser les coopérations entre professionnels de santé, afin de répondre, notamment, à la baisse de la démographie médicale et pour renforcer l'attractivité des établissements de proximité. Les équipes médicales de territoires sont un moyen de répondre au besoin de couverture et à l'attractivité des postes médicaux dans les hôpitaux de proximité.

→ **Renforcer le travail en réseau des plateaux techniques** de faible activité. Adosser ces équipements sur un centre de référence afin de permettre une permanence des soins plus efficace, par exemple, dans le cadre des activités d'imagerie médicale et de biologie.

→ Réduire les inégalités d'accès aux soins en améliorant la gradation des soins

Réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés, via des consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales, notamment pour les sites éloignés.

Augmenter de façon soutenable le parc des IRM, en diversifiant les catégories d'appareil avec des IRM plus efficaces, avec un objectif de 12 IRM/ 1 Million d'habitants en 2015 et garantir l'accessibilité en secteur 1 pour ce type d'examens.

→ Prévenir les atteintes prématurées à la qualité de vie

Prise en charge précoce de l'IRC : mener des actions d'information sur le dépistage auprès des professionnels de santé et conforter l'action des associations d'usagers pour le dépistage.

LA GARANTIE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

→ Renforcer les référentiels de bonnes pratiques

Renforcer la prévention des risques liés aux actes médicaux, notamment par la diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants (éviter les actes redondants).

→ Renforcer et développer la formation des équipes médicales et paramédicales

Agir sur la démographie des professionnels de santé en formation et notamment des internes, en estimant les besoins à venir et en encourageant la signature de contrats d'engagement de service public (CESP).

→ Analyser et étudier les évolutions des activités de soins, en recherchant la meilleure pertinence des actes et le « juste soin »

Suivre annuellement l'évolution des Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA), et plus précisément l'évolution des taux de recours aux soins, sur les territoires de santé. De même, on peut citer le suivi de l'évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire.

Analyser la pertinence des actes médicaux et l'adéquation du soin à la prise en charge (évaluation Pathos, analyse des résumés de passages aux Urgences...).

PARTENAIRES Professionnels de santé, Etablissements de santé Publics et Privés, fédérations hospitalières, représentants des usagers, laboratoires de biologie médicale, assurance maladie, etc.

MIEUX STRUCTURER L'OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE POUR ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

L'enjeu de cette thématique est de mieux structurer les offres sanitaires et médico-sociales dans les territoires, pour prévenir, repérer, améliorer la prise en charge et l'accompagnement des patients de plus de 75 ans atteints d'affections chroniques et évolutives. La prise en charge des personnes âgées suppose une organisation en « filières » pour des soins et un accompagnement adaptés. Ces filières s'inscrivent dans une approche globale de la santé de la personne âgée dès le domicile et au plus près de ce dernier en réunissant l'ensemble des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. Les dispositifs de soins et d'accompagnement proposés doivent couvrir l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée. L'enjeu est d'apporter une réponse graduée selon les besoins et une permanence des soins efficiente.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION NÉCESSITE DE DIVERSIFIER LES RÉPONSES POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES ET AUX ATTENTES DE LEUR ENTOURAGE.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EST PLUS MARQUÉ EN BRETAGNE...

L'indice de vieillissement est de 76% en Bretagne contre 67,4% en France métropolitaine. Il comporte des écarts très significatifs entre les départements : 93,2% dans les Côtes d'Armor, 80,9% dans le Finistère, 58,5% en Ille-et-Vilaine et 82,1% dans le Morbihan.

... ET CETTE TENDANCE DEVRAIT SE POURSUIVRE À L'HORIZON 2030.

La Bretagne devrait compter 3 673 700 habitants en 2030¹, soit 16,6% de plus qu'en 2008 selon les plus récentes projections fournies par l'INSEE. Or, la proportion des personnes âgées de plus de 80 ans, 5 % de la population aujourd'hui, devrait fortement progresser d'ici 2030 et plus que doubler d'ici 2050. **Le nombre des personnes âgées de plus de 80 ans en Bretagne passerait de 173 900 en 2008 à près de 286 900 en 2030.**

Selon les hypothèses, cette progression serait significative dans tous les départements bretons d'ici 2030. L'Ille-et-Vilaine présenterait la plus faible part des plus de 80 ans. Le Finistère est le département dont le nombre de plus de 80 ans serait le plus élevé.

LES BESOINS ÉVOLUENT SELON L'ÂGE ET CERTAINES ANNÉES DE LA VIE SONT CONSIDÉRÉES COMME DES « MARQUEURS » PERMETTANT DE QUANTIFIER LA POPULATION À COUVRIR.

- Ainsi, l'âge de 65 ans marque le début de la retraite ;
- 75 ans est l'âge retenu pour le calcul des besoins nécessaires à l'installation des établissements et services pour les personnes âgées, financés sur l'enveloppe de crédits alloués par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- 80 ans et plus, ou 85 ans, est l'âge constaté dans l'apparition et l'installation des signes de la dépendance liée aux pathologies du vieillissement ; c'est l'âge moyen d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

	2008	2030
> 65 ans	578 600, soit 18,4% de la population	921 200, soit 25% de la population
> 75 ans	302 300, soit 9,6% de la population	477 400, soit 13% de la population
> 85 ans	75 500, soit 2,4% de la population	134 000, soit 3,6% de la population

Source : INSEE, Projections de population. Modèle OMPHALE 2010

1 - Source INSEE 2011

AU VU DE L'ENSEMBLE DE CES PROJECTIONS, DEUX CONSTATS :

1/ L'accroissement de la dépendance des personnes âgées et l'alourdissement des soins qui en découlent sont une réalité incontournable à prendre en compte. A cause de l'évolution des progrès thérapeutiques et techniques, l'exigence de qualification et de professionnalisation est de plus en plus importante.

2/ La prise en charge des personnes âgées dépendantes, à domicile comme en institution, nécessite plus de formation des personnels en contact avec les personnes âgées, ainsi que le développement de compétences particulières spécialisées : ergothérapie, kinésithérapie, neuropsychologie, assistants de soins en gérontologie...

L'ARS Bretagne, à travers ces orientations, cherche à :

- poursuivre et favoriser le maintien à domicile avec l'intervention de services adaptés aux besoins des personnes ;
- décroïsonner le sanitaire, le médico-social et le social ;
- développer les actions de prévention chez les personnes âgées dès l'âge de la retraite.

ÉLÉMENTS CLÉS DU DIAGNOSTIC DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES EN BRETAGNE

→ faiblesses : - Une offre de soins et d'accompagnement des personnes âgées qui se fait majoritairement en EHPAD et insuffisamment à domicile - Un accompagnement des personnes âgées insuffisamment coordonné dans leurs parcours de soins et de vie - Des démarches qualité et de management initiées par les établissements et gestionnaires, qui ne sont pas suffisamment évaluées et prises en compte.	→ forces : - Les politiques volontaristes des 4 conseils généraux en faveur de l'accueil des personnes âgées dépendantes - L'appropriation du plan Alzheimer (2008 – 2012) par les acteurs et le développement de réponses diversifiées dans le cadre d'une nouvelle dynamique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.
→ défis à relever : - Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies liées au vieillissement - L'éparpillement et la multitude de petites entités gestionnaires.	→ opportunités : - La volonté affirmée des acteurs de développer des actions de qualité - Une bonne couverture des territoires de santé par différents acteurs ou structures permettant d'envisager une organisation des soins et de l'accompagnement en filières.

PARTENAIRES Les professionnels de santé dont le médecin traitant et les médecins gériatres, les SSIAD, les CLIC, les MAIA, les services d'aide à domicile, les conseils généraux, les CODERPA, les établissements et services médico-sociaux, les établissements de santé, les établissements d'HAD, les mutuelles mettant notamment en œuvre des actions de prévention pour le « bien vieillir », etc.

PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE À 5 ANS

PERMETTRE D'ACCÉDER À UNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE DE PROXIMITÉ, GRADUÉE ET ASSURANT LE RECOURS À UN PLATEAU TECHNIQUE.

→ Finaliser une organisation territoriale et coordonnée de l'offre en lien avec les conseils généraux, associant acteurs de ville ou hospitaliers, représentants des usagers, structures sanitaires et médico-sociales.

- S'entendre sur le territoire d'implantation de la filière gériatrique et gérontologique ;
- Déterminer le cadre d'exercice des missions et des activités privilégiées ;
- Préciser l'organisation géographique, le territoire couvert, et les acteurs impliqués (réaliser une cartographie territoriale, quantitative et qualitative de l'offre proposée) ;
- Formaliser l'organisation de la filière à travers une charte de fonctionnement ;
- Préciser la coordination retenue, son identité et ses modalités de fonctionnement ;
- S'assurer de la définition et de la mise en œuvre d'un plan d'actions ou des objectifs de chaque filière.

→ Mettre en place une animation territoriale et régionale des filières gériatriques et gérontologiques.

→ Garantir l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées dans le respect de leurs besoins et de leurs choix.

→ Favoriser les actions de prévention et de promotion de la santé et engager des programmes d'accompagnement et d'éducation thérapeutique, en particulier le dépistage de la dénutrition, la promotion de l'exercice physique ou encore le repérage précoce de la maladie d'Alzheimer.

ACCOMPAGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

Améliorer la prise en charge et le suivi des personnes en situation de handicap aux différents âges de la vie, tant à domicile qu'en institution, constitue un axe fort du projet régional de santé Bretagne. En effet, l'amélioration des conditions et de la qualité de vie des personnes en situation de handicap figure parmi les priorités nationales. L'objectif est d'améliorer progressivement la couverture pérenne des besoins de prise en charge du handicap et de réduire les écarts infra-départementaux.

UNE OFFRE DE SERVICE DÉVELOPPÉE MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIE ET NÉCESSITANT UNE ADAPTATION AUX BESOINS

Dans le cadre d'une action partenariale et efficiente, le schéma cible et les orientations de l'ARS concernant les personnes handicapées tiennent compte des orientations et dispositifs mis en œuvre par les autres partenaires œuvrant pour ce public, notamment les conseils généraux.

UNE OFFRE DE SERVICES POUR ENFANTS HANDICAPÉS INÉGALEMENT RÉPARTIE

Dès le plus jeune âge, des dispositifs de dépistage précoce des troubles et du handicap sont proposés, notamment par les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Cependant, cette offre est inégalement répartie sur le territoire. De plus, la continuité de la prise en charge notamment vers un passage en SESSAD, n'est pas toujours assurée et peut alors induire de réelles ruptures de parcours.

DES OBSTACLES À UNE PRISE EN CHARGE MIEUX ADAPTÉE DES JEUNES ADULTES HANDICAPÉS

Un nombre important de jeunes handicapés de plus de 20 ans restent en établissements pour enfants et ne peuvent alors mettre en œuvre leur projet de vie en tant qu'adulte. Cet accueil prolongé de jeunes adultes limite le nombre de places destinées aux enfants. Dans ce contexte, l'ARS organise un appel à projets relatif à la création d'un dispositif expérimental d'accompagnement adapté à ces jeunes adultes handicapés, afin d'identifier des solutions à cette problématique.

UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

En 2006, plus de la moitié des personnes handicapées accompagnées en établissement ou service médico-social avait plus de 40 ans. L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées nécessite par conséquent d'adapter les dispositifs de prise en charge en établissements ou à domicile à leurs besoins spécifiques.



ELÉMENTS CLÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES EN BRETAGNE

→ faiblesses :

- Un manque de fluidité des parcours au sein du champ médico-social et en transversalité médico-social/sanitaire et social/prévention.

→ forces :

- Une offre de services pour enfants et adolescents handicapés relativement développée sur le territoire Breton
- Un taux d'équipements supérieur à la moyenne nationale mais des besoins prégnants
- Une offre de services existante pour la prévention du handicap sur laquelle s'appuyer
- Une politique volontariste des conseils généraux en faveur de l'accueil et l'accompagnement des populations handicapées.

→ défis à relever :

- Une offre de service inégalement répartie.

→ opportunités :

- Un accroissement du nombre de personnes handicapées optant pour la prise en charge à domicile.



PLAN D'ACTIONS DE L'ARS DE BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

→ Renforcer la prévention et la prise en charge précoce du handicap en :

- prévenant les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- améliorant la connaissance et la visibilité des complémentarités entre les différentes structures et modes de prise en charge CMPP/ CMP, CAMSP/SESSAD.

→ Renforcer les coordinations des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement, en poursuivant la structuration des relations entre l'ARS et ses partenaires.

→ Améliorer l'équité territoriale dans la distribution de l'offre médico-sociale

→ Développer la qualité, l'efficience et la prise en charge de l'accompagnement médico-social

→ Optimiser la transversalité et la fluidité des parcours

→ Adapter l'offre aux évolutions du public et de ses besoins, notamment grâce à la mise en place d'un système d'observation partagée entre l'ARS et ses partenaires institutionnels et associatifs.

PARTENAIRES

Les représentants des usagers, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) et leurs représentations, les conseils généraux, les autres collectivités territoriales, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), les services déconcentrés de l'Etat, l'Éducation Nationale, etc.



MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES OU DE HANDICAP PSYCHIQUES

Le terme santé mentale est trop souvent confondu avec celui de maladie mentale. Comme la santé physique est différente de la maladie, la santé mentale ne se réduit pas à la maladie mentale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique. Dans cette perspective, la santé mentale peut être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions et la collectivité que les personnes considérées individuellement.

Du point de vue des soins et de la prise en charge, le domaine de la santé mentale est vaste : il recouvre les pathologies psychiatriques, les situations de détresse psychologique réactionnelle (incluant la souffrance psychique et les conséquences sur les pratiques addictives), mais aussi les pathologies telles que la maladie d'Alzheimer ainsi que le handicap psychique (ex : l'autisme). En Bretagne, la prise en charge de la santé mentale constitue un véritable enjeu de santé publique, notamment au regard du taux de mortalité par suicide particulièrement élevé par rapport à la moyenne nationale. Cette thématique a fait l'objet, à l'ARS, d'un travail de décroisement en interne entre le sanitaire et le médico-social, et de mise en cohérence avec les aspects de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide.

LA SANTÉ MENTALE EN BRETAGNE : REPÈRES

→ La Bretagne : la région la plus touchée de France par le suicide

La mortalité par suicide en Bretagne comme en France, est en diminution depuis le début des années 1990. En revanche, la région affiche une situation particulièrement défavorable par rapport à la moyenne nationale avec une surmortalité chez les hommes qui atteint + 59% et chez les femmes + 67% (sur la période 2005-2007).

→ L'offre de soins et médico-sociale en santé mentale

Augmentation de la demande de soins et d'accompagnement médico-social :

- le nombre de patients suivis par les centres médico-psychologiques (CMP) a augmenté de 7,3 % en psychiatrie générale et de 8,4 % en psychiatrie infanto-juvénile ;
- un taux de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie supérieur au taux national, les bretons ont consommé 6 414 journées pour 10 000 habitants en 2009 alors que la médiane nationale se situe à 4 820 journées.

Une offre sanitaire satisfaisante dans sa globalité en termes de taux d'équipement, mais hétérogène dans sa répartition territoriale, tant sur le plan quantitatif des taux d'équipements que sur le plan qualitatif de la palette d'offres proposées.

En 2010, le taux d'équipement global en psychiatrie générale était de 2,03 pour 1000 habitants de plus de 16 ans, contre 1,53 en France métropolitaine⁴.

Une offre médico-sociale en développement depuis la reconnaissance de la notion de handicap psychique. Ce développement s'inscrit dans un besoin d'accompagnement des équipes et d'amélioration de la connaissance précise de l'offre et des besoins.

Une tendance à la spécialisation des prises en charge, tant dans le champ sanitaire que médico-social.

En effet, on observe le développement des CMP adolescents et des équipes mobiles géro-psi-psiatriques dans le cadre des activités ambulatoires, mais aussi des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) afin d'apporter une réponse plus spécialisée dans le champ du médico-social.

Un manque de fluidité des parcours qui constitue le problème majeur de l'offre actuelle.

4 - STATISS Bretagne 2010

PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE À 5 ANS

5 OBJECTIFS DONNENT LE SENS DE L'ACTION RÉGIONALE :

- **Promouvoir la santé mentale et renforcer la prévention du suicide**
- **Renforcer les modalités de coopération entre acteurs.** Afin d'avancer concrètement sur la plupart des sujets prioritaires, il apparaît indispensable de développer de façon active une double articulation : articulation entre acteurs de la psychiatrie et acteurs de proximité (médecins généralistes, acteurs sociaux et médico-sociaux, entourage) et articulation entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Si ces articulations sont identifiées depuis plusieurs années comme des axes de travail à développer, leur mise en œuvre s'est avérée difficile. Le fonctionnement en mode ARS offre l'opportunité de les développer. Avancer sur cet axe essentiel implique d'identifier les moyens d'améliorer la connaissance mutuelle et l'acquisition d'une culture commune, de mettre en place des modalités de collaboration facilitées et de clarifier les rôles de chacun.
- **Favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire.** Dans l'esprit du Plan Santé Mentale 2005-2008 et de la loi du 11 février 2005 sur le handicap, il s'agit de permettre aux personnes, à chaque fois que cela est possible, de rester insérées dans leur milieu de vie.
- **Adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux à l'évolution des besoins.** Ils doivent en effet poursuivre leur évolution pour, d'une part s'adapter aux besoins renforcés de prise en charge en proximité et d'autre part, faire évoluer les réponses institutionnelles en relais de l'ambulatoire.
- **Améliorer la continuité des soins et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social.** La qualité d'interaction entre ces deux champs est en effet déterminante pour la qualité et la continuité des soins et des prises en charge ainsi que pour la fluidité des parcours.

POUR ATTEINDRE CES OBJECTIFS UN ENSEMBLE D'ACTIONS A ÉTÉ IDENTIFIÉ PARMI LESQUELLES :

- Développer sur l'ensemble du territoire régional un dispositif de coordination des acteurs de santé mentale sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- Améliorer l'accès aux consultations de pédopsychiatrie par la réduction des délais de rendez-vous ;
- Améliorer l'accès aux services d'accompagnement médico-sociaux (SAVS, GEM, SAMSAH, etc.) ;
- Clarifier les rôles et les complémentarités des différents acteurs intervenant en proximité (SESSAD, SAMSAH, SSIAD, SAVS, équipes mobiles, équipes de secteur) ;
- Contribuer en partenariat avec les acteurs concernés au développement de la palette d'offres de logements / hébergements adaptés ;
- Renforcer le dispositif de réponse aux urgences et aux situations de crise ;
- Maintenir le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein, dans un souci de réduction des inégalités territoriales ;
- Articuler les prises en charge des adolescents et du passage adolescents / adultes ;
- Poursuivre la déclinaison régionale du Plan Autisme ;
- Poursuivre et renforcer la psychiatrie de liaison médico-sociale, en particulier en direction des établissements pour personnes handicapées ;
- Améliorer la réponse aux besoins des personnes nécessitant une prise en charge de longue durée.

PARTENAIRES Etablissements de santé, professionnels de santé libéraux, réseaux de santé, CMP, EHPAD, PMI, CMPP, Justice, préfectures et services déconcentrés de l'Etat, conseils généraux et autres collectivités territoriales, etc.

ORGANISER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES

Les addictions restent en France un problème de santé publique majeur dont les conséquences peuvent être multiples (sanitaires, sociales ou judiciaires) pour les personnes concernées, leur entourage et l'ensemble de la société. On parle d'addiction lorsqu'une personne est dépendante d'un produit (alcool, tabac, drogues) ou d'une activité (par exemple addiction aux jeux) malgré l'effet gravement délétère sur sa santé ou sa vie sociale. En Bretagne, les addictions sont identifiées comme l'une des priorités du PRS.

LA BRETAGNE, UNE RÉGION PARTICULIÈREMENT TOUCHÉE PAR CE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

En Bretagne, la consommation d'alcool est en diminution constante depuis le début des années 1960, et la consommation régulière d'alcool chez les 15-75 ans a désormais rejoint la moyenne française. Cependant, la consommation d'alcool se distingue des autres régions françaises par une plus grande pratique de l'ivresse quelles que soient les tranches d'âge concernées, nettement plus élevée que dans les autres régions françaises. Ainsi, à 17 ans, 39 % des jeunes bretons déclarent des ivresses répétées (26 % en moyenne française).

La Bretagne est également l'une des régions où le cannabis est le plus consommé parmi les jeunes : à 17 ans, 46 % des jeunes ont déjà expérimenté le cannabis (42,2 % en France). Par ailleurs, 30 % d'entre eux sont fumeurs quotidiens de tabac.

Tous ces pourcentages sont toutefois en diminution par rapport aux données de 2005. Les garçons sont plus consommateurs que les filles. Les poly-consommations sont fréquentes (alcool associé au tabac par exemple).

Chez les adultes, les conséquences sanitaires des consommations se traduisent notamment par une surmortalité pour les causes de décès liés au tabac (en augmentation chez les femmes), et une surmortalité liée à l'alcool. La consommation de produits psycho-actifs est également source d'accidents (route, travail, domestique), de violences, et d'infractions (ivresse publique manifeste, infraction à la législation des stupéfiants, conduite en état alcoolique). La consommation de produits psycho-actifs pendant la grossesse, et en particulier l'alcool, est également responsable de problèmes de santé chez les enfants à naître (malformation, trouble de l'apprentissage...).

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN BRETAGNE

→ faiblesses :

- Importante pratique de l'ivresse
- L'une des régions où le cannabis est le plus consommé parmi les jeunes
- Poly-consommations fréquentes
- Offre de service inégalement répartie
- Une certaine acceptabilité sociale.

→ forces :

- Pré-existences d'un schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2011 et d'une commission régionale addictologie
- Existence d'un réseau "addictologie" sur l'Ille-et-Vilaine.

→ défis à relever :

- Surmortalité pour les causes de décès liés au tabac (en augmentation chez les femmes)
- Surmortalité prématurée pour les causes liées à l'alcool
- La consommation de produits psycho-actifs est source d'accidentologie (route, travail, domestique), de violences, d'infractions liées à la consommation d'alcool
- La consommation de produits stupéfiants pendant la grossesse, et en particulier l'alcool, sont responsables de conséquences sanitaires chez les enfants à naître.

→ opportunités :

- Consommation d'alcool en diminution constante depuis le début des années 1960 ; la consommation régulière d'alcool chez les 15-75 ans a désormais rejoint la moyenne française.

PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'objectif de l'ARS pour les 5 prochaines années est d'organiser l'offre de santé en matière d'addictologie afin d'améliorer la prévention et la prise en charge globale du patient.

→ **Développer la prévention** dont l'objectif est d'éviter ou de retarder la survenue de consommation de produits psycho-actifs ou du comportement addictif (publics prioritaires : les jeunes, les étudiants, les actifs) par :

- des actions de repérage et d'orientation des personnes présentant des conduites addictives ;
- des actions de soins et d'accompagnement des patients par les professionnels de santé ;
- des actions de réduction des risques liés à la consommation de produits psycho actifs (par exemple, l'accès à des seringues stériles).

→ **Développer les actions de promotion de la santé en direction des jeunes et des femmes en âge d'avoir des enfants**

- mise en place d'actions d'information en milieu scolaire adaptées à l'âge des enfants tout au long de la scolarité et associant les élèves, la communauté éducative, les parents d'élèves, les professionnels de la prévention ;
- promouvoir l'entretien prénatal précoce auprès des femmes enceintes et des professionnels de santé mettant l'accent sur les dangers de la consommation de tabac et d'alcool pour la santé de l'enfant à naître.

→ **Renforcer la complémentarité entre les différentes structures de soins spécialisés**

- améliorer la visibilité des missions respectives des différentes structures chargées des soins et de l'accompagnement des patients ;
- mieux articuler les différentes structures : le suivi du patient s'inscrit dans la durée, et sa prise en charge peut relever du médecin traitant, de l'hôpital et des structures spécialisées.

→ **Mieux organiser l'accueil et la prise en charge dans les services d'urgence de jeunes en état d'ivresse**

- faire prendre conscience aux jeunes des conséquences possibles de leur comportement ;
- mettre en place des modalités pour faire le lien avec les parents et les services de prise en charge et d'accompagnement médico-sociaux.

PARTENAIRES Préfecture, Justice, Education Nationale, police, gendarmerie, collectivités territoriales, établissements sanitaires et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, associations d'entraide, associations de prévention spécialisées ou non, mutuelles, dispositifs sociaux, etc.



AMÉLIORER LA GESTION DES RISQUES SANITAIRES

L'agence régionale de santé Bretagne, conformément à la réglementation, organise les activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes. Cette organisation est fondée sur une identification des risques pouvant avoir une conséquence sur la santé de la population, sur l'organisation de la réponse aux alertes et aux crises sanitaires. Elle poursuit l'objectif de mettre en place des réponses de protection de la population adaptées à ces situations de risque.

LES PRINCIPAUX RISQUES POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION BRETONNE

La population Bretonne peut être exposée à différents risques selon leur origine. En dehors des risques infectieux susceptibles de toucher la population métropolitaine dans son ensemble (grippe, risques liés aux soins, légionellose, méningite...) auxquels la population bretonne est également exposée, **la Bretagne présente quelques risques spécifiques**, liés aux événements climatiques majeurs (tempête), à la proximité d'un trafic maritime dense (150 navires par jour de fort tonnage dans le rail d'Ouessant), à des activités agricoles intensives fortement consommatrices de pesticides et d'engrais, à l'augmentation de la population en période estivale, à la vulnérabilité des eaux de baignade, à la pratique de la pêche à pied et à la consommation de coquillages, au grand nombre d'événements festifs et sportifs (grands rassemblements tels que le Festival des Vieilles Charrues à Carhaix ou le Festival Interceltique de Lorient), à la présence de gaz naturel radioactif (radon) dans une partie de son territoire.

Certains risques présentés ont une cinétique rapide (méningite), d'autres une cinétique lente (radon).

La Bretagne présente également des populations plus vulnérables que d'autres régions aux risques sanitaires soit du fait de leur âge (personnes âgées), du mode de vie ou de travail (agriculteurs, travailleurs de la mer, de l'industrie agro-alimentaire), ou de l'insularité (indice de vieillissement plus fort, cherté des logements, difficultés d'accès aux soins).

L'ORGANISATION DE LA VEILLE SUR LES ÉVÉNEMENTS ET SIGNAUX SANITAIRES

L'ARS dispose depuis octobre 2010 d'une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires comprenant notamment un point focal unique de réception des signaux sanitaires 24h/24 et 7j/7. Cette plateforme intervient dans l'évaluation, la validation et la gestion des événements suspectés d'avoir un impact sanitaire, avec la contribution des épidémiologistes de la Cellule de l'InVS en REgion (CIRE).

La plateforme reçoit les signaux soit des professionnels de santé (maladies à déclaration obligatoire...), soit des pompiers (intoxications au monoxyde de carbone, pollutions...), soit des établissements de soins ou médico-sociaux (incendies, décès suspects, infections liées aux soins...), ou encore ceux issus de nombreux systèmes de surveillance nationaux, régionaux et locaux (alertes climatiques, risques liés à la consommation d'un aliment ou à l'utilisation d'un produit de santé jugé dangereux, épidémies...). Elle s'appuie sur les compétences d'une pluralité d'experts (exemples : le centre anti-poison, l'IFREMER, les laboratoires spécialisés des deux CHU notamment..., les réseaux professionnels, les structures de soins et les partenaires institutionnels (Préfectures, Conseils Généraux...)).

L'ORGANISATION DE LA RÉPONSE AUX SITUATIONS D'ALERTE ET AUX CRISES SANITAIRES

Lorsqu'une alerte sanitaire ponctuelle nécessite une réponse rapide au signalement (méningite ou pollution d'eau de consommation...), les moyens de l'ARS sont mobilisés pour en assurer la gestion.

Dès lors qu'une alerte sanitaire va au-delà de la gestion de l'urgence immédiate, il s'agit d'une situation de crise, dont la gestion est assurée par les préfetures avec la participation de l'ARS pour ses aspects sanitaires. En fonction de l'ampleur de la crise, la préfeture de la zone de défense et de sécurité et ses moyens peuvent être mobilisés.

La gestion des alertes sanitaires est facilitée par l'élaboration de protocoles et procédures entre les différents acteurs. Concernant les situations de crises, la gestion est anticipée par la préparation de plans (nationaux – pandémie grippale...-, volets sanitaires du plan ORSEC – plan blanc élargi...-, plans blancs des établissements de santé et plans bleus des établissements médico-sociaux) et la réalisation d'exercices et de retours d'expérience pour vérifier la bonne exécution des consignes et la qualité des messages de communication.

De nombreux exercices pilotés par les préfetures auxquels participe l'ARS sont réalisés chaque année : POLMAR, Submersion marine, aéronef ou navire en détresse...



PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'ARS souhaite que l'ensemble des acteurs s'associe au dispositif de veille et de sécurité sanitaire

- **Structurer au niveau régional l'activité de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires** en développant l'utilisation du numéro unique d'appel destiné aux professionnels (**09.74.50.00.09**), en organisant la rétro-information auprès des signalants, en formant les acteurs de la veille sanitaire.
- **Renforcer la coordination et le partenariat, mobiliser les réseaux :**
 - veiller à la bonne application des protocoles entre les préfetures et l'ARS permettrait de renforcer les coordinations ;
 - préparer et former les acteurs à la veille sanitaire (professionnels de santé, maires...), améliorer les signalements (organiser des actions de formation des professionnels de santé et des maires).
- **Développer les liens avec la prévention et la promotion de la santé, afin de réduire l'exposition aux risques sanitaires en :**
 - faisant la promotion de la vaccination car elle protège chacun mais protège aussi les autres ;
 - renforçant le dépistage de la tuberculose (la Bretagne après l'Île-de-France est la deuxième région métropolitaine la plus touchée) ;
 - en développant les campagnes de sensibilisation de la population aux risques sanitaires.

PARTENAIRES Ministère de la Santé, InVS, AFSSAPS, Agence de Sécurité Nucléaire, Agence de la biomédecine, ANSES, INSERM, INSEE, les préfetures de département et la préfeture de région, les mairies, les services communaux d'hygiène et de santé, les professionnels de santé, les établissements de santé et médicosociaux, les laboratoires d'analyses médicales, le rectorat et les inspections académiques, les conseils généraux, le centre antipoison, etc.

POURSUIVRE L'ACTION DE PROTECTION DE LA POPULATION FACE AUX IMPACTS DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

L'OMS estime que l'environnement est responsable d'environ 14% des pathologies des pays développés et joue un rôle important dans certaines pathologies très présentes et/ou en augmentation, comme les cancers, les pathologies respiratoires (asthme) et les allergies, mais aussi les troubles hormonaux ou neurologiques (Alzheimer, Parkinson...) pour lesquels l'exposition à certaines substances chimiques (pesticides, hormones de synthèse, perturbateurs endocriniens, ...) est suspectée d'intervenir.

La population bretonne est particulièrement mobilisée à l'égard des risques environnementaux et exprime des craintes pour sa santé (selon le Baromètre santé environnement - INPES-FNORS (2007), près de 3 Bretons sur 4 se déclarent « sensibles » ou « très sensibles » à l'environnement et 4 sur 10 estiment que leur environnement leur fait courir des risques pour leur santé).



PARTENAIRES Les Préfectures (de la zone de défense et de sécurité, de département et de région), les services déconcentrés de l'Etat, les Collectivités territoriales, l'Assurance Maladie, les experts, les services d'urgence et les services spécialisés des établissements de santé (infectiologie, centre antipoison, laboratoires, ...), les SDIS, les agences nationales spécialisées (InVS, AFSSAPS, ASN, ANSES...), etc.

PLAN D'ACTIONS DE L'ARS BRETAGNE POUR LES 5 ANS À VENIR

Le plan d'action de l'ARS vise à mettre ses ressources d'expertise en santé environnementale et d'inspection-contrôle des règles de salubrité et d'hygiène publiques au service de la lutte contre les atteintes à la santé des facteurs environnementaux. Il s'appuie sur le programme régional santé environnement 2011-2015 (PRSE) élaboré conjointement par l'ARS, les services de l'Etat en région et le Conseil Régional.

Les 12 objectifs prioritaires du PRSE Bretagne 2011-2015 sont, par ordre de priorité :

1. Réduire les risques à la source
2. Construire une culture santé environnement avec les Bretons
3. Améliorer les connaissances de l'impact de l'environnement sur la santé des Bretons
4. Réduire les inégalités santé environnement
5. Améliorer la qualité des eaux brutes
6. Développer une attitude de vigilance à l'égard des produits chimiques et des poussières
7. Construire, rénover, aménager et entretenir sainement les locaux
8. Réduire les inégalités santé environnement liées à la précarité et aux conditions de travail
9. Réduire les émissions de particules liées aux déplacements
10. Encourager et accompagner la prise de conscience écologique, notamment le développement du bio
11. Réduire la production et améliorer la collecte et le traitement des déchets toxiques diffus
12. Reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants de santé

LE PRS : UNE CONSTRUCTION CONCERTÉE

Une meilleure prise en compte des besoins de santé exprimés par les différents acteurs du système régional de santé et de leurs usagers trouve sa traduction dans la place accordée par la loi HPST au renforcement des instances de la démocratie sanitaire. En Bretagne, ces instances ont été installées à partir de 2010 pour la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), et début 2011 pour les conférences de territoire. Véritable appui à l'ARS, elles ont trouvé toute leur place dans la construction du Projet Régional de Santé. En effet, par leurs avis et leurs propositions, elles ont été étroitement associées à la définition de la politique régionale de santé et à sa mise en œuvre. La démarche de concertation s'accompagne d'une démarche de consultation : le Projet Régional de Santé a été mis à la consultation sur le site de l'ARS Bretagne début novembre 2011 jusqu'à fin février 2012. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, les collectivités territoriales et le Préfet de Région ont ainsi pu prendre connaissance des différents documents composant le PRS et faire part de leur avis. A l'issue de cette concertation, le Directeur Général de l'ARS Bretagne a arrêté définitivement le PRS Bretagne en mars 2012.

LES INSTANCES DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA) est composée de 93 membres répartis en huit collèges : collectivités territoriales, représentants des usagers, conférences de territoires, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale, acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, offreurs de services en santé et personnalités qualifiées. Elle formule des propositions sur la politique de santé, organise le débat public, évalue les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et des usagers du système de santé et élabore un rapport annuel. Son président, élu le 7 juillet 2010, est **Thierry DAEL**, représentant de l'association « Aide aux Insuffisants Réniaux (AIR) Bretagne », **Président du CISS Bretagne, et Président de la Commission spécialisée dans le domaine du droit des usagers (CSDU) de la Conférence Nationale de Santé.**

La CRSA comporte en outre 4 commissions spécialisées :

- **Commission de prévention : Président :** Christine FERRON, Directrice de l'Instance Régionale de l'Education et de la Promotion pour la Santé (IREPS)
- **Commission de l'organisation des soins : Président :** Marie-Noëlle JULIEN, Présidente de la CME du Centre Hospitalier de Saint-Malo
- **Commission de prise en charge et accompagnements médico-sociaux : Président :** Annie Le HOUEROU, Vice-Présidente du Conseil Général des Côtes d'Armor, Maire de Guingamp
- **Commission droit des usagers du système de santé : Président :** Claude LAURENT, Président de l'URAPEI Bretagne

LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE aident à identifier les besoins de chaque territoire de santé et à déterminer les actions prioritaires pour y répondre. Lieux d'échanges et de coopération sur l'organisation et les parcours de soins, elles ont vocation à formuler toute proposition pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet régional de santé. Chaque conférence de territoire a la mission de co-élaborer un programme territorial de santé (PTS) avec la Délégation Territoriale de l'ARS concernée. Les huit PTS ainsi élaborés sont intégrés, sous forme de synthèse, au PRS. Ces synthèses constitueront la feuille de route de chacun des 8 territoires de santé pour les 5 années à venir. Elles acteront les orientations sur lesquelles s'engageront les territoires pour venir décliner le PRS. Pour la fin 2012, ces programmes devront être finalisés de telle sorte que ceux-ci se déclinent en programmes opérationnels détaillant les actions et calendriers permettant, à l'échelle de chaque territoire, de conduire des actions décloisonnées au plus près du parcours des patients.

La Bretagne compte 8 conférences de territoire comportant chacune 49 représentants des acteurs locaux de santé : professionnels de santé, établissements de santé, personnes morales gestionnaires de services et établissements médicosociaux, organismes œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, professionnels de santé libéraux, centres et maisons de santé, établissements assurant des activités de soins à domicile, services de santé au travail, collectivités territoriales, ordre des médecins, représentants des usagers, personnes qualifiées.

Les conférences ont également élu leur président :

- Territoire de santé n° 1 : François CUIILLANDRE, Maire de Brest
- Territoire de santé n° 2 : Bernard POIGNANT, Président de la Communauté d'Agglomération Quimper Communauté
- Territoire de santé n° 3 : Norbert METAIRIE, Président de la Communauté d'Agglomération Cap Orient
- Territoire de santé n° 4 : Georges ANDRE, Vice-président de la Communauté de Communes du Pays de Vannes
- Territoire de santé n° 5 : Louis FEUVRIER, Maire de Fougères
- Territoire de santé n° 6 : René COUANAU, Maire de Saint-Malo
- Territoire de santé n° 7 : Bruno JONCOUR, Maire de Saint-Brieuc
- Territoire de santé n° 8 : Jean Pierre LE ROCH, Maire de Pontivy

LES PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

Les programmes territoriaux de santé sont une déclinaison du Projet Régional de Santé à l'échelle des territoires de santé et ont vocation à répondre aux priorités de santé identifiées sur ces territoires.

Un programme territorial de santé sera co-élaboré, pour chacun des 8 territoires de santé, par les Conférences de territoires et les Délégations Territoriales de l'ARS.

Les enjeux de ces programmes sont de parvenir à une mise en œuvre territorialisée et décloisonnée de la politique régionale de santé, et de fluidifier le parcours de santé du patient.

Ils auront par conséquent pour objectifs de :

- Programmer de manière transversale et territorialisée les actions à conduire pour atteindre la cible fixée dans les schémas et programmes thématiques ;
- Mobiliser les acteurs locaux de santé ;
- Pendre appui sur les démarches locales existantes (atelier santé ville, volet santé d'un contrat urbain de cohésion sociale, agenda 21, animation territoriale de santé, etc.) et les acteurs locaux volontaires pour travailler sur les enjeux prioritaires du territoire ;
- Associer les instances de démocratie sanitaire à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé.



CHACUN DE CES PROGRAMMES TRAITERA OBLIGATOIREMENT DES THÉMATIQUES SUIVANTES, JUGÉES STRUCTURANTES POUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ :

- La prévention et la prise en charge des conduites addictives ;
- La prise en charge des personnes âgées (dont la mise en œuvre des filières gériatriques) ;
- La mise en œuvre d'une permanence des soins, articulée entre la ville et l'hôpital ;
- L'organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé ;
- Le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés (ex. : maisons de santé, pôles de santé, centres de santé) ;
- La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale (gradation de l'offre) en chirurgie, en obstétrique et en imagerie ;
- Le développement d'outils de coordination/ de décloisonnement des acteurs de la santé (animation territoriale, GCS, GCSMS, réseaux de santé, etc.).

EN FONCTION DES PARTICULARISMES ET DES PRIORITÉS DE SANTÉ IDENTIFIÉS SUR LES TERRITOIRES, ILS POURRONT ÉGALEMENT TRAITER NOTAMMENT DES THÉMATIQUES SUIVANTES :

- La promotion de la santé mentale et la prise en charge du suicide ;
- La promotion de l'éducation thérapeutique du patient ;
- La promotion du dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein ;
- La promotion des politiques vaccinales ;
- La promotion de la nutrition et de l'activité physique ;
- La promotion de l'éducation à la vie affective et sexuelle ;
- L'amélioration de la qualité de l'environnement pour limiter l'impact de celui-ci sur la santé ;
- L'optimisation de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ;
- Le développement de l'aide aux aidants ;
- L'adaptation de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ;
- L'expérimentation d'une nouvelle forme de prise en charge pour répondre à la problématique des jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants handicapés et/ou un thème relatif aux étapes du parcours de vie de la personne handicapée.

LES PROGRAMMES

PROGRAMME « PROFESSIONS DE SANTÉ »

Le programme « Professions de santé » s'inscrit à part entière dans le Projet Régional de Santé de l'ARS Bretagne. Outil de pilotage de la politique d'accompagnement des ressources médicales et non médicales en région, il irrigue de manière transversale les différents volets du PRS (hospitalier, ambulatoire, médico-social).

L'ARS Bretagne souhaite avoir une plus grande maîtrise de sa politique de santé par une meilleure vision prospective des ressources et des compétences installées dans les différents territoires de santé. Cette volonté répond à la nécessité d'anticiper les évolutions démographiques par grandes catégories de professionnels de santé.

L'enjeu de ce programme est de piloter, en lien avec les Facultés et le Conseil Régional, la répartition des professionnels de santé en région en fonction des besoins des populations et de l'offre en santé, puis de définir les objectifs de gestion et de les partager avec les établissements de santé :

LE PROGRAMME « PROFESSIONS DE SANTÉ » FIXE TROIS GRANDES ORIENTATIONS POUR LES 5 ANS À VENIR :

- 1 - Construire un observatoire régional des professions de santé afin d'améliorer la connaissance de la ressource en région et sur les territoires de santé ;
- 2 - Piloter l'articulation entre la formation des professionnels et les besoins sur les territoires de santé pour renforcer l'adéquation de l'offre aux besoins ;
- 3 - Promouvoir de nouvelles modalités d'exercice professionnel.

Les actions envisagées devront être mises en œuvre en collaboration étroite avec le Conseil Régional et les Doyens des Facultés, dans le cadre d'une concertation avec l'ensemble des professionnels de santé.

PROGRAMME PLURIANNUEL RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE (PRGDR)

Le PRGDR de la région Bretagne s'inscrit dans le cadre du contrat Etat-Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) fixant pour 4 ans les objectifs de Gestion Du Risque (GDR) relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé.

Le contrat 2010-2013 entre l'Etat et l'UNCAM identifie 20 objectifs liés aux politiques de gestion du risque, structurés **autour de 5 priorités** :

- Mieux connaître le risque santé ;
- Renforcer l'accès aux soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des prises en charge plus efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.



CE PROGRAMME EST INTÉGRÉ AU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET COMPREND :

- une 1^{ère} partie reprenant les programmes nationaux de GDR (transports sanitaires, prises en charge de l'IRC, médicaments hospitaliers exécutés en ville, imagerie médicale, chirurgie ambulatoire, efficacité des EHPAD, prescription dans les EHPAD, Soins de Suite et de Réadaptation, PDS ambulatoire et urgences), qu'il s'agisse de programmes pilotés par les trois régimes d'assurance maladie de l'UNCAM ou de programmes pilotés par l'ARS avec le concours des organismes locaux d'assurance maladie ;
- une 2^{ème} partie portant sur les actions régionales de GDR prolongeant les actions nationales ou lui étant complémentaires. Ces actions portent ainsi sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux (art. L.1431.2 CSP). En Bretagne, les actions régionales complémentaires portent sur :
 - les groupes qualité en médecine générale : avec une organisation régionale rénovée partagée entre l'Assurance Maladie et l'ARS ;
 - les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunérations, en renforçant le partage de l'information entre l'ARS et l'Assurance Maladie ;
 - les dépassements d'honoraires, dans le cadre de l'objectif régional relatif à l'accès aux soins.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année, en fonction des programmes nationaux examinés au sein du conseil national de pilotage, composé de représentants ministériels et des organismes nationaux d'assurance maladie.

PROGRAMME INTERDÉPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE (PRIAC)

Le PRIAC **identifie les priorités de financement** pour les créations, extensions, transformations d'établissements et services financés par l'assurance maladie et l'Etat.

Il a vocation à programmer les actions et financements permettant la mise en œuvre des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) qui sont déclinés opérationnellement dans le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et qui concernent l'offre médico-sociale et les prestations délivrées auprès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.



LE PRIAC POURSUIT PLUSIEURS OBJECTIFS :

- favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- réduire les inégalités territoriales entre les départements et en infra-départemental ;
- avoir un accompagnement adapté pour les populations spécifiques : malades Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes, autistes.

Il garde une dimension interdépartementale dans la mesure où il concerne, pour une partie, des prestations qui relèvent de champs de compétences partagées avec les conseils généraux (actions de prise en charge précoce réalisées par les centres d'action médico-sociale précoce, interventions médico-sociales au domicile des personnes par les SAMSAH, SPASAD, prise en charge en EHPAD, FAM).

L'actualisation 2011 du PRIAC ne concerne que les années 2011, 2012 et 2013.

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS EN FAVEUR DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS)

Le PRAPS est un outil de pilotage et de planification par lequel l'ARS et ses partenaires agissent pour réduire les inégalités sociales de santé. Il est transversal à l'ensemble des schémas du Projet Régional de Santé.

L'objectif principal du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques élaborées avec elles. Ces mesures spécifiques devront conduire à :

- favoriser l'ouverture des droits ;
- adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible ;
- travailler les problématiques d'admission au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux.

Pour parvenir à ces finalités, le PRAPS réalise un état des lieux de la situation des inégalités sociales de santé en Bretagne et des dispositifs de prise en charge des publics précaires.

CE DIAGNOSTIC PERMET D'IDENTIFIER DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES POUR LES CINQ ANNÉES À VENIR :

- 1 - Redynamiser le pilotage régional du PRAPS ;
- 2 - Améliorer le système régional d'information ;
- 3 - Favoriser la synergie entre les acteurs du soin hospitalier, de la prévention et du champ de la précarité ;
- 4 - Mieux cibler les publics et les territoires ;
- 5 - Conforter les actions de promotion et d'éducation à la santé ;
- 6 - Favoriser l'accès des publics précaires aux soins de premier recours.

Ces objectifs stratégiques proposés par le comité de pilotage vont faire l'objet d'actions partenariales concrètes chaque année, validées et suivies par ce comité.

PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE ET SYSTÈMES D'INFORMATIONS PARTAGÉS (PRTSIP)

Le Programme régional de télémédecine et systèmes d'informations partagés constitue un élément structurant dans la mise en œuvre du Projet Régional de Santé. Il décline les modalités spécifiques d'applications des différents schémas en la matière et incarne un enjeu transversal s'adressant collectivement aux patients comme à l'ensemble des établissements et professionnels du champ hospitalier, libéral ou médico-social. Par son effet structurant, il a pour mission d'avoir un impact vertueux dans le décloisonnement des échanges entre les acteurs pour placer l'utilisateur au centre de son parcours de soins.

Outil de référence pour les 5 ans à venir, le programme régional de télémédecine et des systèmes d'informations partagés est formalisé autour de 15 objectifs stratégiques, déclinés chacun en objectifs opérationnels. Son élaboration répond à la volonté de favoriser la coordination et les coopérations transversales entre les acteurs, de généraliser et de développer le socle des services de l'Espace Numérique Régional de Santé, d'optimiser la qualité de la continuité et de la permanence des soins, tout en soutenant l'interopérabilité et la convergence des systèmes d'informations. Par ailleurs, dans ce contexte d'émergence des échanges de données de santé, il est primordial d'apporter aux patients et aux professionnels de santé des garanties élevées et uniformes en termes de confidentialité et de sécurité des informations de santé personnelles. Le postulat de base qui a guidé ce programme : « Améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure utilisation de l'information médicale ».

PROGRAMME MÉDICAMENT ET INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

La qualité et la sécurité du système de santé sont des enjeux identifiés dans le cadre du plan stratégique régional de santé (PSRS) du projet régional de santé et correspondent à une attente forte des usagers et des professionnels de santé bretons.

Les enjeux de qualité et de sécurité des soins sont déclinés au sein des différents schémas du PRS, dans le cadre du traitement des risques particuliers et spécifiques à certaines thématiques.

A titre d'exemple :

- le principe de radioprotection est évoqué dans la fiche thématique imagerie par le biais du « bon usage des examens d'imagerie médicale » ;
- les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire concernant notamment les risques liés aux soins sont décrits dans le cadre du volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires du schéma régional de prévention ;
- l'hémovigilance est, pour sa part, décrite dans la fiche transfusion sanguine du volet hospitalier du SROS.

CE PROGRAMME A POUR FINALITÉ D'APPORTER UNE RÉPONSE À CES ENJEUX, EN SE CONCENTRANT DANS UN PREMIER TEMPS SUR 2 SUJETS IDENTIFIÉS COMME PRIORITAIRES :

- le médicament, dans le cadre duquel seront abordées la qualité des pratiques professionnelles liées à la prescription et la prévention des risques iatrogènes ;
- les risques infectieux associés aux soins.

Directeur de la publication : Alain Gautron - Directeur de la rédaction : Pierre Bertrand - Comité de rédaction : Chloé Bateau, Elisabeth Lagadec, Romain Gaillard, Dr Anne Lecoq, Jean-Michel Doki-Thonon, Hervé Goby, Marine Chauvet, Julie Courpron, Anne Delucq, Dr Véronique Sablonnière, Vincent Sevaer, Dr Sylvie Dugas, Dr Patrick Airaud, Julie Longy, Sophie Pechillon, Anne-Briac Bili, Anne-Yvonne Even, Sylvain Pleber, Stéphanie Horala, Dr Florence Tual, Laurence Roux, Cédric Piaud, Stéphanie Farge, Nicolas Pele, Myriam Racape

Conception et réalisation : 1440 Publishing - Photos : Shutterstock - Impression : Groupe Edicolor - Dépôt légal : à parution - N° ISBN : 9782363350022
Agence Régionale de Santé Bretagne : 6, place des Colombes - CS 14 253 - 35 042 Rennes Cedex
Courriel : ars-bretagne-communication@ars.sante.fr - Tél. 02 90 08 80 00 - Fax 02 99 30 59 03



L'ARS Bretagne
430 agents
du service public
mobilisés au quotidien
pour l'amélioration
de l'état de santé
des Bretons