

ANALYSE DE L'OFFRE EN SANTÉ EN BRETAGNE

Septembre 2010

INTRODUCTION	P : 4
1/ SANTE PUBLIQUE	P : 5
1.1/ PREVENTION/PROMOTION DE LA SANTE	P : 6
<i>Focus sur l'éducation thérapeutique</i>	<i>P : 10</i>
1.2/ VEILLE ET SECURITE SANITAIRES	P : 13
2/ OFFRE DE SOINS	P : 17
2.1/ OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE	P : 17
• Etat des lieux de l'offre sur le territoire	P : 18
• Aspects organisationnels	P : 22
2.2/ OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE	P : 25
• Etat des lieux de l'offre sur le territoire	P : 26
• Aspects organisationnels	P : 30
• Premier bilan du SROS	P : 31
2.3/ PERMANENCE DES SOINS/URGENCES	P : 35
2.4/ RESEAUX	P : 39
3/ OFFRE MEDICO-SOCIALE	P : 43
• Prise en charge et l'accompagnement du handicap	P : 44
<i>Focus sur l'autisme</i>	<i>P : 45</i>
• Prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées	P : 46
<i>Focus sur les filières gériatriques</i>	<i>P : 47</i>
• Prise en charge et accompagnement des populations à difficultés spécifiques	P : 48
4/ ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE	P : 51
• Dépenses de soins de ville	P : 52
• Dépenses des établissements (de soins et médico-sociaux)	P : 53
• Dépenses de prévention	P : 55
ANNEXES	P : 57
<i>Annexe 1 : Organisations, recompositions et modernisations des établissements hospitaliers (situation des territoires de santé bretons)</i>	P : 58

INTRODUCTION

La mise en place de la loi HPST a installé dans le paysage sanitaire régional l'Agence régionale de Santé. L'ARS regroupe différentes administrations déconcentrées de l'Etat, des organismes d'Assurance Maladie et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation afin de promouvoir un pilotage décloisonné du système de santé en région.

Ce pilotage décloisonné doit pouvoir s'appuyer sur des objectifs stratégiques clairs et partagés, pouvant se décliner en schéma d'organisation ou programme spécifiques. Le Projet Régional de Santé constitue l'outil majeur fixant le cadre et les orientations, ainsi que les éléments de programmation pour 5 ans.

Il se compose de trois types de documents :

- le Plan Stratégique Régional de Santé qui trace les priorités de santé et les objectifs stratégiques
- les schémas qui déclinent en objectifs opérationnels les priorités du PSRS
- les programmes qui traduisent l'application la mise en œuvre des objectifs fixés au niveau des schémas

Parallèlement de nouvelles instances de démocratie sanitaire se mettent en place. Réunissant des représentants de l'ensemble des acteurs de santé bretons, des collectivités locales, des organismes de protection sociale, ces instances sont consultées dans le cadre de la construction du PRS. Elles seront également amenées à formuler des avis lors des étapes majeures de sa construction.

Afin de pouvoir élaborer le plan stratégique régional de santé, il est donc indispensable de pouvoir s'appuyer sur un diagnostic de l'état de santé de la population d'une part et sur un diagnostic de l'offre en région d'autre part.

Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé a mobilisé l'ensemble de ses services pour élaborer un diagnostic de l'offre en santé sur le territoire breton.

En termes de contenu cette synthèse repose sur des choix méthodologiques définis par l'ARS Bretagne :

- Les indicateurs analysés s'appuient sur des données mises à jour ou pour certaines plus anciennes, issues de travaux antérieurs et de sources diversifiées, principalement issues des anciennes structures qui ont rejoint l'ARS Bretagne (ARH, URCAM, le service d'action sanitaire et sociale de la CRAM Bretagne)
- L'approche axée par type d'offre est privilégiée et complétée parfois de volets thématiques ou populationnels spécifiques.
- L'étude territoriale précise le positionnement de la région par rapport à la France. Lorsque l'existence de données le permet, le niveau infra régional est abordé. Le niveau d'analyse territorial varie selon les sujets et des secteurs (hospitalier, ambulatoire, médico social) : il peut s'agir du Département, des pays, des cantons ou des territoires sanitaires tels qu'ils étaient définis jusqu'à la mise en place de l'Agence Régionale de Santé.

Au final, cette synthèse qui nécessite d'être mise en perspective avec l'analyse de l'état de santé de la population bretonne a vocation à être un outil de diagnostic, destiné à alimenter la réflexion des acteurs et des professionnels concernés dans le cadre de la préparation du Plan Stratégique Régional de Santé, premier élément constitutif du Projet Régional de Santé.

Document d'appui au moment où l'élaboration du plan stratégique régional de santé est mise en œuvre, ce diagnostic pourra si besoin à l'avenir être affiné et être amené à évoluer, notamment par une observation à l'échelle des territoires de santé et une actualisation de certains des indicateurs présentés. Ces éléments pourront ainsi être complétés de travaux et données supplémentaires dans l'élaboration des schémas.

1/ SANTE PUBLIQUE

1.1. Prévention, Promotion de la Santé

Des approches variées de la prévention, promotion de la santé

L'information, l'éducation pour la santé, la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé et la prévention, font partie intégrante de la politique de santé, selon la loi de santé publique du 9 août 2004.

La prévention vise à diminuer l'importance d'un problème de santé (fréquence, gravité) et à réduire ses conséquences. On distingue la prévention primaire (ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas), la prévention secondaire (ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution ; elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie), la prévention tertiaire (ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie ; elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes).

La promotion de la santé « est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé » selon la charte d'Ottawa de 1986 et réaffirmé lors de la conférence de Bangkok en 2005. Elle vise à créer des conditions favorables à la santé et s'inscrit dans une démarche comportant 5 axes :

- l'élaboration d'une politique favorable (par exemple à travers la réglementation),
- l'intervention sur le milieu et l'environnement quotidien,
- la participation effective de la communauté pour définir les priorités et les actions,
- le développement des aptitudes personnelles (information, éducation pour la santé, renforcement des facteurs de protection)
- la réorientation des services de santé (par exemple en développant l'éducation thérapeutique et pas seulement la prise en charge sanitaire).

L'éducation pour la santé est définie, pour l'O.M.S. comme "tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin". Cette définition souligne l'importance de créer les conditions favorisant chez l'individu la capacité à prendre des décisions concernant sa propre santé.

La prévention-promotion de la santé utilise des approches extrêmement diversifiées, dont certaines peuvent éventuellement se combiner :

- Les approches par thématique: cancer, addictions, santé mentale, santé-précarité, nutrition, vie sexuelle et affective, santé environnement...
- Les approches par population
- Les approches par déterminant de santé
- Les approches par pathologie
- Les approches par milieu
- Les approches par territoire
- Les approches par stratégie d'actions

Un foisonnement de l'offre rendant complexe l'analyse de son adéquation avec les besoins

Dans différents domaines et à différentes échelles territoriales, de nombreux acteurs contribuent de façon significative à la définition et à la mise en œuvre des priorités régionales mais aussi au financement de projets de prévention et promotion de la santé.

Le pilotage de la promotion de la santé ne concerne pas uniquement l'ARS (Cf. partie sur les partenaires de l'ARS): ainsi les acteurs de la région et notamment les collectivités territoriales ont un rôle important, compte tenu de leurs missions auprès de certaines populations concernées par les priorités de santé publique (enfants, publics précaires par exemple), et de leur capacité à agir sur des déterminants de santé ou sur l'environnement (logement par exemple).

Il existe également différents promoteurs en prévention et promotion de la santé, ainsi l'ARS contribue au financement de nombreux opérateurs en la matière (Cf. partie sur la contribution financière de l'ARS ci-dessous).

L'offre de prévention et de promotion de la santé ne se résume pas aux dispositifs financés par l'ARS (Cf. partie sur les partenaires de l'ARS). D'autres partenaires contribuent de façon significative au financement de projets de prévention et promotion de la santé, ou peuvent concourir dans différents domaines et à différentes échelles territoriales à la mise en œuvre des priorités régionales.

En conséquence, l'offre s'inscrit dans les territoires de la région dans un partenariat fort (Cf. partie sur les modalités de coordination ci-dessous).

Source de diversité et de richesse, la diversité des acteurs rend difficile l'exhaustivité de la connaissance de l'offre et l'appréhension de l'adéquation de l'offre aux besoins¹.

Une politique régionale articulée autour du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)

Depuis la Loi de santé publique de 2004, le PRSP, rédigé de manière concertée par les différents acteurs de la prévention-promotion de la santé, cadre la politique régionale en la matière.

L'évaluation intermédiaire du PRSP, globalement positive, permet de dégager des pistes d'amélioration.

Le PRSP 2006-2010 privilégie une approche thématique de la prévention-promotion de la santé (il est articulé en 14 programmes d'actions thématiques² prenant en compte 4 approches populationnelles transversales³).

L'évaluation a montré que, malgré la complexité du plan, les principales priorités retenues étaient bien partagées par les acteurs de santé publique de la région.

Le Conseil régional et l'ARS, principaux financeurs, ont appuyé leur action en la matière sur un appel à projets. Il est à noter que l'appel à projets essentiellement thématique n'a pas permis de rendre complètement opérationnelles les approches populationnelles prévues dans le plan. L'ARS finance des projets à hauteur de 3,98 millions d'euros principalement autour de 7 thématiques, tandis que le Conseil régional verse 147 090 euros sur les conduites addictives et 316 930 euros sur la santé mentale.

Ces financements ne représentent qu'une partie de l'investissement réalisé au titre du PRSP, de nombreux acteurs se mobilisant hors appel à projet (Cf. partie sur les partenaires de l'ARS).

¹ Evaluation intermédiaire du PRSP en région Bretagne, Euréval, avril 2009

² Cancer, Prévention du suicide, conduites addictives, nutrition, santé-environnement, accès à la prévention et aux soins des plus démunis, Santé mentale, VIH/Hépatites/IST, maladies rares, maladies cardiovasculaires, iatrogénie, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, impact de la violence sur la santé, santé périnatale.

³ Jeunes, personnes âgées, personnes en milieu de travail, personnes détenues

Une contribution financière de l'ARS répartie auprès de nombreux promoteurs

L'ARS de Bretagne contribue au financement d'actions de prévention-promotion de la santé par le biais de crédits d'intervention dédiés. Dans ce cadre les financements sont mis en œuvre selon deux modalités : appel à projet et contractualisation

- **Les actions contractualisées sont pour la plupart des actions préalablement de la compétence des départements et recentralisées en 2004** : les gestionnaires de centre de lutte contre la tuberculose (CLAT), les associations de dépistage organisé des cancers (ADEC), les centres d'information de dépistage et de diagnostic sur les infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et les centres de vaccination. Ces actions représentent plus de 91% des actions contractualisées.

- **Les appels à projet utilisés pour financer les actions thématiques prioritaires du Plan Régional de Santé Publique concernent essentiellement des actions pérennes** : 92% du financement concerne des reconductions d'action et seulement 8% des actions innovantes. Au titre de l'appel à projets 2010, 162 promoteurs ont été financés pour des actions reconduites. Le montant moyen de la subvention est de 11 111 €.

Par ailleurs des établissements hospitaliers ou du secteur médico-social, peuvent bénéficier d'autres types de crédits (assurance maladie) pour la réalisation de missions de prévention.

Ces différents modes de financement sont ventilés auprès d'opérateurs diversifiés:

- **Les principaux opérateurs de prévention-promotion de la santé, dits « opérateurs ressources »** peuvent avoir une vocation généraliste (ex : IREPS/CODES), ou une mission spécialiste (ex : l'ANPAA sur les addictions, AIDES sur le VIH, maison de la consommation et de l'environnement sur la santé environnementale). Leurs actions peuvent être régionales ou locales. Depuis quelques années on assiste à une professionnalisation forte de ces opérateurs (développement des formations diplômantes dans le domaine de la Prévention-Promotion de la Santé, la formalisation de référentiels de pratiques...).

- **Les centres de vaccination** participent également à la prévention par des actions d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de santé et de la population générale. Sur la région, l'offre est hétérogène.

- **Les établissements de santé** sont aussi des acteurs de prévention et peuvent disposer de financements spécifiques pour développer des actions notamment en matière d'éducation thérapeutique du patient, d'addictions (mise en place d'équipe de liaison en addictologie) ou encore d'accès aux soins des plus démunis (ex : PASS).

- **L'ARS contribue également au financement d'opérateurs du dépistage** en matière de dépistage du cancer, de la tuberculose et des IST.

- **L'ARS est investie dans le domaine des addictions**, pour lequel la Bretagne est particulièrement concernée: les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) participent au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers, et les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont chargés de l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage.

Ces dispositifs sont présentés dans le diagnostic de l'offre médico-sociale de façon plus détaillée.

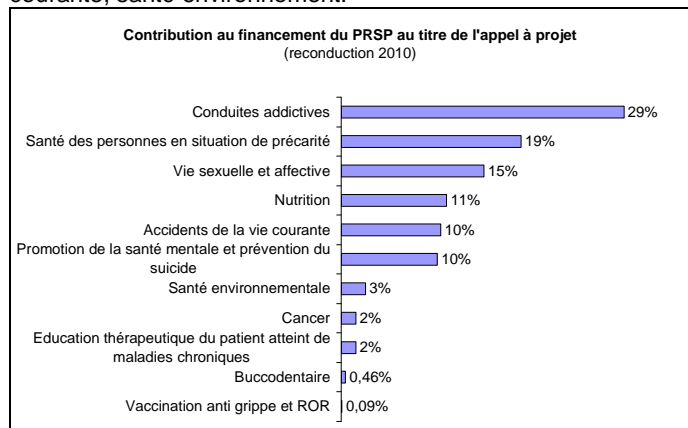
- **L'ARS participe au financement de questions de santé au sens de la promotion du bien être** qui se retrouvent dans beaucoup de politiques publiques. Elles sont souvent des aspects indissociables d'actions plus globales comme dans les domaines l'insertion sociale (ex : financement du programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ou de l'amélioration de l'environnement (ex : programme régional santé environnement (PRSE)).

Des opérateurs diversifiés peuvent donc être financés en tout ou partie dans ces domaines

- **Enfin de nombreux autres opérateurs, porteurs de projets, bénéficient de financements de la part de l'ARS dans le cadre de l'appel à projets**

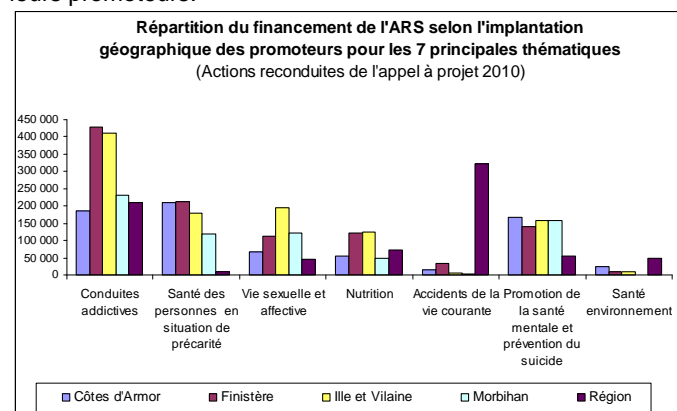
Les moyens de l'ARS en matière d'appel à projet concentrés sur 7 thématiques

Parmi les actions reconduites de l'appel à projet, 96% des moyens de l'ARS sont mobilisés sur 7 thématiques : Conduites addictives, santé des personnes en situation de précarité, vie sexuelle et affective, promotion de la santé mentale et prévention du suicide, nutrition, accidents de la vie courante, santé environnementale.



Source : ARS, 2010.

L'existence d'inégalités infra-départementales en fonction des thématiques est ressentie par les acteurs de terrain. Ce constat est difficile à objectiver, notamment car l'ARS n'est pas le seul financeur des actions mises en place et car les actions n'ont pas forcément la même implantation géographique que leurs promoteurs.



Source : ARS, 2010.

Le programme « conduites addictives » représente 29% du montant total des crédits de l'appel à projets fléchés sur les actions de reconduction en 2010. Les opérateurs dans ce domaine sont très présents dans le Finistère et en Ille et Vilaine.

Trois types d'action sont mises en place : les actions en direction de publics cibles (principalement en milieu scolaire, professionnel, carcéral ou festif) ; les actions en direction des professionnels du domaine ou amenés à être en contact avec des publics à risque ; les actions d'animation de réseaux et de coordination des acteurs.

La prévention des conduites addictives influe indirectement la santé mentale, la périnatalité et l'enfance (les femmes et les enfants sont des publics vulnérables), les maladies chroniques.

Le programme « santé/précarité » représente 19% du montant total des crédits de l'appel à projets fléchés sur les actions de reconduction en 2010. Plusieurs axes d'intervention

peuvent être identifiés pour les actions financées : l'accès aux soins et aux dépistages, l'éducation pour la santé, la création et l'entretien du lien social ; la prévention de la solitude et de l'isolement ; la réduction des comportements à risques (auto modération, auto protection, régulation). Deux publics sont particulièrement ciblés : les jeunes et les personnes vulnérables (détenus, personnes handicapées, personnes âgées).

Le programme « vie sexuelle et affective » représente 15% du montant total des crédits de l'appel à projets fléchés sur les actions de reconduction en 2010. Il est en lien avec les domaines transversaux suivants : périnatalité et enfance (actions d'information et de prévention sur les IST, sur la contraception, les IVG, éducation à la vie sexuelle en milieu scolaire...), prise en charge des maladies chroniques (traitements médicamenteux du SIDA une maladie chronique), santé mentale et prévention du suicide.

Le programme « santé nutrition » représente 11% du montant total des crédits de l'appel à projets fléchés sur les actions de reconduction en 2010.

Différents types d'action coexistent : prévention en faveur d'une diminution de l'obésité (la moitié est dédiée aux enfants) ; actions en restauration collective ; information des consommateurs ; formation de professionnels de la santé et de populations malades (notamment diabétiques) ; promotion de l'activité physique.

Les enfants sont des publics cibles ainsi que les personnes âgées (la dénutrition des personnes âgées participe à la perte d'autonomie des personnes et à une mortalité accrue). Les actions en faveur de la « nutrition/santé » contribuent à prévenir le cancer et les pathologies cardio-vasculaires.

Le programme « santé mentale et prévention du suicide » représente 10% du montant total des crédits de l'appel à projets fléchés sur les actions de reconduction en 2010. On distingue deux grandes tendances dans les actions mises en place : la prévention du suicide, de la souffrance psychique d'une part et l'accompagnement des personnes concernées par le suicide des proches ou en souffrance psychique d'autre part. Les jeunes et les personnes âgées sont des publics cibles de ce programme.

Le programme « accident de la vie courante » représente 10% du montant total des crédits de l'appel à projets fléchés sur les actions de reconduction en 2010. Ce programme ancien vise particulièrement la prévention des chutes et se caractérise par une très forte représentation d'opérateur régionaux par rapport aux opérateurs départementaux.

Le programme « santé environnement » finance 3 projets en 2010 : un projet relatif à la qualité de l'air, un concernant l'eau et les pesticides, le dernier traitant des risques auditifs chez les jeunes. Peu d'opérateurs ont la double dimension santé et environnement. Pourtant il existe un lien entre environnement et survenue de certaines maladies (cancer, pathologies respiratoires...), certaines populations (enfants, personnes âgées) étant particulièrement sensibles.

En dehors de l'ARS et des actions qu'elle finance, des partenaires diversifiés en matière de promotion de la santé

D'autres services de l'Etat interviennent dans un très grand nombre de domaines, soit au travers de financements, soit au travers de la mise en œuvre de politiques comportant un volet prévention. Ainsi, interviennent les services de la santé scolaire et universitaire⁴, de la santé au travail, de la jeunesse et sports / cohésion sociale, de l'environnement, de l'alimentation et l'agriculture, de la protection judiciaire de la jeunesse.

Il existe parfois un dispositif interministériel formalisé (comité de lutte contre les algues vertes, missions interservices de l'eau ou de sécurité alimentaire, pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne...). Pour les addictions, l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat et les partenaires de chaque département (établissements de santé, associations, élus...) sont coordonnés par le Préfet dans le cadre de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT).

L'assurance maladie et les mutuelles concourent également fortement au financement et à la mise en œuvre de politiques de prévention : acquisition d'aptitudes individuelles en matière de santé, programmes personnalisés de prévention, ateliers de santé, information, orientation, accompagnement, remboursement de dépistages ou vaccinations...

De par leur proximité avec le patient, les professionnels de santé sont aussi des acteurs de 1^{er} rang en promotion de la santé, qu'ils soient en secteur hospitalier, en centre de santé ou en secteur libéral : ils ont un rôle de conseil et d'orientation (par exemple au travers de la surveillance d'une grossesse, du développement psychomoteur normal de l'enfant, de repérage des facteurs de risques, du dépistage de nombreuses pathologies, des vaccinations, de la prévention des complications, de la prescription...).

Les collectivités territoriales ont un rôle important de part leurs missions et leur rôle de proximité⁵.

Le Conseil régional intervient avec l'ARS dans le co-financement d'actions via l'appel à projets du GRSP (Groupement Régional de Santé Publique), ainsi que sur le dispositif d'animation territoriale de santé. Il co-pilote également le programme régional santé environnement avec l'ARS et la préfecture de région, et développe des actions dans ses domaines de compétences propres : formation professionnelle, apprentissage, lycées...

Les Conseils généraux jouent un rôle majeur de par leur champs de compétences (PMI, insertion, handicap...). De plus, certains conseils généraux gèrent des centres de vaccination.

Les pays et les communes développent également des initiatives locales de promotion de la santé notamment au travers d'un certain nombre de politiques publiques ayant un lien avec la santé (ex : développement durable, ville, transports, éducation, hygiène et salubrité des milieux...).

Certaines communes sont également réunies au sein de réseaux leur offrant une labellisation ; elles organisent des

actions de proximité volontaristes auprès de la population : actions généralistes de promotion de la santé pour le réseau des villes-santé de l'OMS⁶ ; nutrition et prévention de l'obésité chez l'enfant pour les villes actives PNNS⁷ (17 villes) ou ville EPODE (1 ville⁸). Les pays sont impliqués dans des dispositifs d'animation territoriale (ex : 9 pays sur 21 ont mis en place des animateurs territoriaux de santé).

Les organismes de formation tels que l'EHESP concourent à la professionnalisation des acteurs dans le domaine de la promotion de la santé.

Des modalités de coordination présentes mais perfectibles

Du fait de la grande diversité des acteurs, la Bretagne est engagée depuis plusieurs années dans une démarche de partenariat. Les mesures de coordination sont plus ou moins formalisées avec des logiques différentes pouvant parfois se combiner : au niveau territorial (régional, départemental, local), au niveau institutionnel ou technique, ou au niveau thématique ou global.

Au plan régional, la coordination des travaux s'est structurée au niveau des instances du Groupement régional de Santé Publique (GRSP) en charge du PRSP. On peut noter, le dynamisme des Comités techniques régionaux thématiques sur les addictions, la nutrition, la prévention du suicide, la périnatalité, ou encore santé environnement (PRSE), qui ont pour mission de coordonner la stratégie des différents acteurs sur la prévention et la prise en charge. Certains de ces comités existent au niveau départemental notamment sur les addictions et la prévention du suicide.

Au plan départemental, les modalités de coordination sont actuellement hétérogènes. La situation s'explique notamment par la succession de changements à intégrer avec la mise en place du GRSP en 2007 puis aujourd'hui de l'ARS.

Depuis quelques années, il faut enfin noter le développement de dynamiques locales coordonnées à l'échelle des Pays ou des communes. Ces dispositifs territoriaux sont actuellement en développement et permettent une coordination des collectivités territoriales.

Les réseaux sont très présents en matière de prévention/promotion de la santé et favorisent la coordination entre des acteurs parfois très dispersés. Ainsi les 4 réseaux périnatalité présents dans chaque département, qui regroupent les établissements de santé, les professionnels de la naissance et les services de PMI permettent de centraliser l'information dans un lieu unique (sous forme d'un site internet par exemple) (Cf. partie 2.4 sur les réseaux).

Ces différentes instances et modalités de coordination traduisent la nécessité, de mettre davantage en cohérence et en lien les différentes politiques menées. Les coordinations sont par ailleurs à envisager avec les autres secteurs de la santé : médico-social, hospitalier ou ambulatoire.

⁴En matière de santé scolaire, la Direction diocésaine de l'enseignement catholique est également concernée

⁵ En cas de refus de financement sur le PRSP, 38% des porteurs de projets ont pu les mettre en œuvre notamment grâce à des financements provenant des collectivités territoriales, en particulier pour les thématiques « santé des plus démunis » et « conduites addictives », Evaluation intermédiaires du PRSP de la région Bretagne, Euréval, avril 2009

⁶ 5 villes labellisées en Bretagne : Rennes, Brest, Quimper, Lorient et Saint-Brieuc

⁷ Programme National Nutrition Santé ; Brest, Quimper, Rennes, Saint-Brieuc, la Guerche, Plouzané, Guilers, Guipavas, Pont Croix, Saint Pol de Léon, Vern sur Seiche, Vitré, Retiers, Landernau, Plouhinec, Pont L'abbé, Plérin sur Mer

⁸ Vitré

FOCUS EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique du patient répond à une définition établie par l'Organisation mondiale de la Santé dès 1996: "l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie".

Une domaine transversal entre les secteurs de la prévention et du sanitaire, potentiellement porteur d'efficience

Alliant conseils et traitements, information et prise en charge sanitaire, mobilisant des compétences variées, l'éducation thérapeutique est à la croisée des chemins entre les secteurs de la prévention et de l'offre de soins.

Sur le plan national, 7,5 millions d'assurés âgés en moyenne de 61 ans étaient atteints d'une affection de longue durée en 2005. Bien que les maladies chroniques ne recoupent pas entièrement le champ des ALD, ces chiffres sont significatifs. Ces assurés représentaient 14% des personnes couvertes par le régime général en 2005 (18.5% en 2015) et près de 60% du total des remboursements d'assurance maladie.

Etat des lieux en région Bretagne

Cet état des lieux est réalisé à partir des enquêtes déclaratives menées à l'initiative de l'URCAM au cours de l'année 2009 et de l'ARH⁹. Les éléments présentés, s'ils sont de fait non exhaustifs, permettent cependant de disposer d'un éclairage sur l'existant et la nature des actions menées en région.

▪ **Secteur ambulatoire**

Les principaux acteurs du secteur ambulatoire ou de la protection sociale au sein de la région Bretagne.

- les réseaux de santé notamment sur la pathologie diabète (les 5 réseaux « diabète » bretons) et cardiovasculaire (3 réseaux).
- les organismes de protection sociale: Mutualité Sociale Agricole sur le cardiovasculaire, Centre d'Examen de Santé d'Ile et Vilaine sur le diabète, Mutualité Française Bretagne sur les problèmes de surpoids et d'obésité.
- une association d'ETP sur le département du Finistère
- les professionnels du soin et de l'ETP (programmes menés à titre expérimental de type BPCO - Broncho- Pneumopathie chronique obstructive- et cardiovasculaire portés par l'URML).

L'ETP en ambulatoire est le plus souvent portée par les réseaux, essentiellement dans le champ du diabète et des maladies cardiovasculaires

- Les pathologies ciblées par ordre d'importance sur la région concernent : le diabète et les maladies cardiovasculaires.
- Le public visé par ces actions est en priorité les patients et la famille. Le nombre de séances réellement suivies par chaque patient n'est pas précisément connu.
- Il existe un caractère multidisciplinaire dans la mise en œuvre de l'éducation du patient. L'enquête souligne le rôle des

infirmiers fortement impliqués, des médecins, et en fonction des thèmes, les diététiciens ou les kinésithérapeutes, les psychologues et assistants sociaux.

- La formation des équipes est affichée par l'ensemble des structures proposant des programmes d'ETP.

- Selon le contexte, une collaboration est constatée avec les associations, le médecin traitant mais pour ces derniers très souvent, uniquement, au stade de l'information.

- Peu de programmes complets et une couverture géographique inégale ambulatoire

Peu de réseaux développent des programmes complets ETP intégrant les 4 étapes de la démarche d'éducation thérapeutique préconisées par la Haute Autorité de la Santé¹⁰. La couverture géographique est inégale. Sur 17 structures ambulatoires recensées, 3 exercent l'ETP sur l'ensemble de la région. Les 14 autres exercent leur activité d'ETP sur un territoire plus ou moins restreint allant d'un département à des territoires infra départementaux.

Les mutualisations entre les intervenants sur chaque territoire restent en nombre limité.

▪ **Secteur hospitalier**

L'analyse de l'offre en ETP des acteurs du secteur hospitalier fait apparaître des actions et programmes mais également des marges de progrès

23 établissements ont été recensés par l'ARH Bretagne, l'analyse finale a porté sur 22 établissements suite à enquête réalisée en 2008. 156 actions ont été recensées et 47 projets. Les actions concernent par ordre d'importance : les pathologies cardiovasculaires (18%), le diabète (13%), les pathologies respiratoires (10%), suivies de la stomathérapie (9%), de l'obésité (5%) de la mucoviscidose et des hépatites (3% chacune).

L'évaluation menée en 2008 démontre que :

- L'ETP est inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens dans 77% des cas, dans les projets d'établissement dans 68% des cas, dans le projet médical dans 64% des cas, projets de soins dans 68% des cas. Une plate forme d'ETP est mise en place dans 18% des cas et un comité pluri-professionnel coordonne les activités dans 36% des cas.
- Le plan de formation 2008 de l'établissement a intégré des formations sur l'ETP dans 66% des cas
- L'offre est présente et diversifiée avec toutefois des inégalités d'accès des populations à certains programmes (asthme chez l'enfant) ou dans certains territoires (centre Bretagne notamment).
- Les adultes sont ciblés dans 87% des cas.
- L'offre est encore insuffisamment coordonnée : les comités ETP au sein des établissements ne sont pas toujours fonctionnels, les réseaux de proximité ne couvrent pas l'ensemble des territoires
- Si certaines équipes ont des programmes déjà structurés, d'autres initient leur démarche, et ne suivent pas encore toutes les étapes recommandées par la HAS.

Une offre désormais cadrée par une procédure d'autorisation

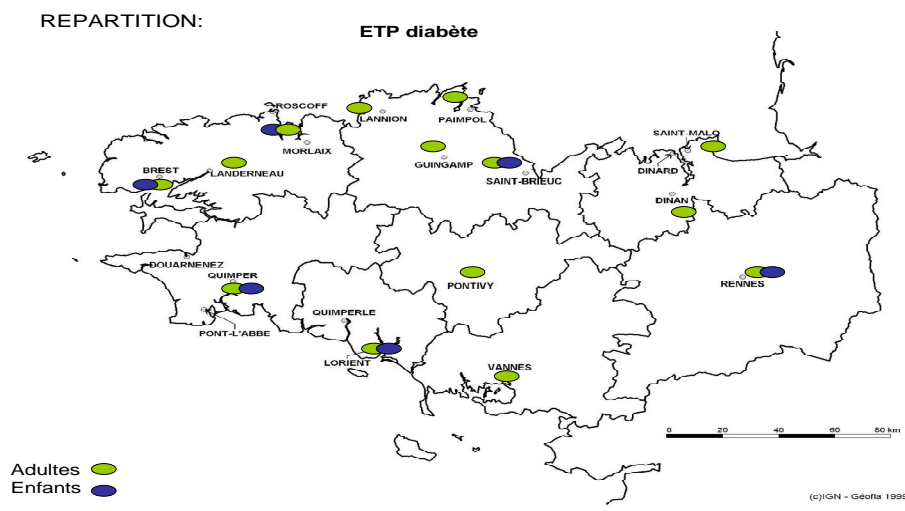
La loi HPST précise que les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national défini par décrets et arrêtés¹¹. Cette autorisation est obligatoire pour l'ensemble des programmes, qu'ils soient portés par les établissements de santé, la médecine de ville et les associations.

⁹ Etude ARH menée dans le cadre de la circulaire DHOS/E2/2007/213 du 14 mai 2007 et d'un travail de thèse de doctorat en médecine présentée et soutenue le 9 octobre 2009 par Audrey Le Ruyet-Le Henaff

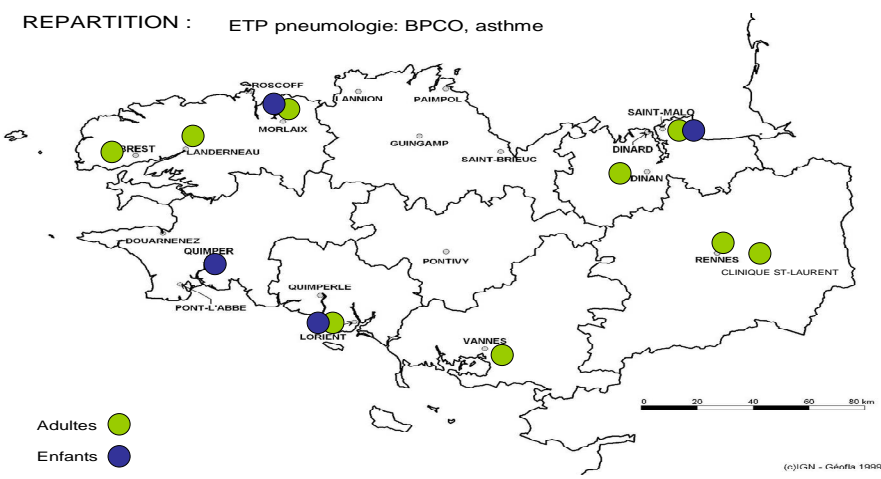
¹⁰ 4 étapes : le diagnostic, programme personnalisé, mise en œuvre, évaluation individualisée

¹¹ Décrets n°2010-904 et 2010-906 et arrêtés du 2 août 2010

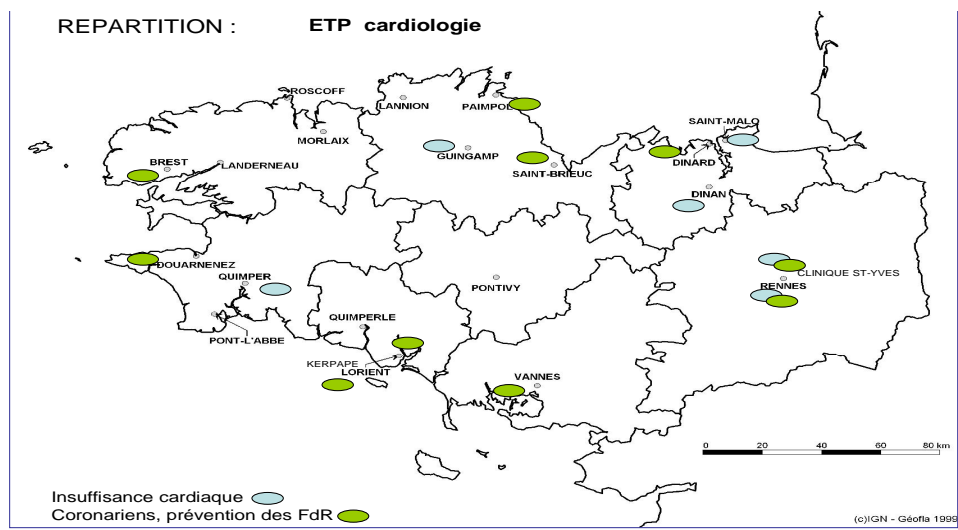
Offre hospitalière en ETP Diabète (fev.2009)



Offre hospitalière en ETP pneumologie BPCO et asthme (fev.2009)



Offre hospitalière en ETP maladies cardio-vasculaires



Source : Etude ARH menée dans le cadre de la circulaire DHOS/E2/2007/213 du 14 mai 2007 et d'un travail de thèse de doctorat en médecine présentée et soutenue le 9 octobre 2009 par Audrey Le Ruyet-Le Henaff

1/ SANTE PUBLIQUE

1.2. Veille et sécurité sanitaires

Définition et périmètre de la VSS¹²

La veille et sécurité sanitaires vise à répondre au besoin de protection et de prise en charge rapide, efficace et durable de la population dans les situations d'urgence ou de crise sanitaire. Elle comprend également la réponse aux besoins spécifiques des populations vulnérables (gens du voyage, personnes isolées, personnes marginalisées, sans domicile fixe, agriculteurs, gens de mer, travailleurs de la mer).

Les principaux domaines d'intervention de la VSS sont constitués par le risque infectieux et toxique, le risque environnemental, le risque naturel, le risque industriel et technologique ainsi que le risque terroriste. Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques et explosifs, issus des domaines précédents, sont rassemblés en une entité spécifique NRBC (risques à dangers élevé, ayant pour enjeu la vie des populations civiles ou des militaires).

Dans ses champs d'activité, la VSS comprend :

- la gestion des alertes et des urgences,

Essentiellement constitué par les problèmes qui nécessitent une réponse rapide à un signalement, elle s'appuie notamment sur la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (ex : méningite, toxi-infection alimentaire collective, rougeole...) et la surveillance de la qualité des milieux (ex : eau potable, baignades, habitat...) et comprend la gestion des situations de santé publique créées par ces événements.

- l'anticipation des crises avec des plans de sécurité sanitaire,

Un deuxième champ qui au delà de la gestion de l'urgence nécessite rapidement la mise en place d'une gestion de crise. Ces gestions de crise doivent pouvoir être anticipées par la préparation et l'appropriation de plans de sécurité sanitaire (plan grippe par exemple).

- la prévention des situations à risque notamment par la surveillance épidémiologique.

Il s'agit d'un champ constitué essentiellement d'actions d'observation et de prévention qui ne doit pas être négligé. Il est à noter que l'organisation de la veille et la sécurité sanitaires ne peut s'envisager sans un partenariat important et bien organisé au sein de l'ARS et bien coordonné avec les partenaires extérieurs.

Des priorités fixées par les plans nationaux

Des plans et programmes nationaux fixent les priorités à décliner au niveau régional que l'on peut répartir en trois groupes :

- Plans relatifs aux risques infectieux,

Certains plans/programmes déclinés au niveau régional concernent exclusivement la VSS :

- plan stratégique national de prévention des infections liées aux soins 2009-2013 et programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
- programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009
- plan national anti dissémination chikungunya-dengue en métropole

- plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France (2005-2010)

D'autres plans sont communs au domaine de la prévention et de l'inspection. C'est le cas du plan d'action de prévention contre les légionelloses 2004-2008.

Enfin, certains sont essentiellement des plans de prévention :

- plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008

- Plans relatifs aux risques sanitaires liés à l'environnement,

Le plan national santé environnement (2009-2013) fixe les priorités en santé environnement en donnant une vision globale de la problématique. Cependant, il n'a pas vocation à intégrer l'ensemble des mesures et actions à mettre en œuvre et un certain nombre de plans environnementaux concourent pour tout ou partie aux objectifs du PNSE. On peut citer notamment :

- le plan national santé travail
- le plan bruit
- le plan Ecophyto, visant à réduire l'utilisation des pesticides
- le plan PCB
- le plan d'éradication de l'habitat indigne
- le plan d'adaptation au changement climatique
- ...

Localement, le programme régional santé environnement va au-delà de la simple déclinaison du PNSE puisqu'il intègre des actions visant à promouvoir des environnements favorables à la santé y compris à la qualité de vie.

- Plans relatifs à la préparation et la gestion des crises sanitaires

Dans le cadre de la planification nationale et de ses déclinaisons zonales¹³ et départementales, les services VSS de l'ARS interviennent à la demande et en appui des services préfectoraux, en particulier dans leurs déclinaisons sanitaires. Ces plans se répartissent en 3 groupes :

Les plans gouvernementaux (action depuis le niveau central)

- plans « pirate » : piratox, piratome, piranet, biotox (dont plans variole, Peste Charbon Tularémie),
- plans nationaux : plan pandémie grippale, plan canicule, plan grand froid, plan iode et le règlement sanitaire international (RSI). Ce règlement vise à prévenir la propagation internationale des maladies. Il concerne l'ensemble des événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

Les plans « opérateurs » sous la responsabilité de l'établissement concerné

- plan blanc pour les établissements de santé
- plan bleu pour les établissements médico-sociaux

Le plan ORSEC (sous la responsabilité du préfet de zone et/ou de département)

- plan blanc élargi (coordination des plans blancs au sein d'un département)
- plan de secours eau potable,
- plan électro-secours,
- plan ORSEC maritime

¹² Le diagnostic de l'offre en matière de VSS a été réalisé à partir des éléments suivants : Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé publique 2010-2014 (document du ministère de la santé et des sports avril 2010) ; Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé (document de la direction générale de la santé décembre 2009)

¹³ La zone de défense Ouest, comporte 5 régions (Bretagne, Centre, Pays de la Loire, Basse-Normandie et Haute-Normandie). L'ARS de zone (ARS de Bretagne par la loi HPST) est en relation constante avec le Préfet de zone de défense Ouest et le Ministère chargé de la santé ; elle anime les 5 ARS de la zone de défense Ouest.

Ressources et fonctionnement de la VSS :

Au sein de l'ARS, la VSS repose sur une pluridisciplinarité des moyens humains répartis sur l'ensemble des territoires

L'action de l'ARS en matière de VSS repose sur une pluridisciplinarité des moyens humains : médecins et pharmaciens de santé publique, ingénieurs et techniciens sanitaires, épidémiologistes, infirmiers de santé publique, administratifs. Ces moyens sont répartis et organisés au niveau du siège et dans les délégations territoriales afin d'agir au plus près de la population.

En externe, de nombreux partenaires contribuent à la VSS en assurant selon les cas des fonctions d'observation, de veille, de conseil, d'expertise et de gestion dans leur domaine de compétence.

Les partenaires régionaux :

- Les préfetures et leurs services (DDCS Cohésion sociale, DIRECCTE¹⁴, DREAL¹⁵, DDPP¹⁶...)
- les SDIS¹⁷,
- Les SAMU¹⁸ et centres 15
- Le centre anti poison de Rennes
- Le CCLIN¹⁹
- Le CHU de référence²⁰ NRBC à Rennes
- Les laboratoires de référence notamment le LERES pour l'eau potable à Rennes, les CHU de Rennes et Brest pour tous les agents liés au bioterrorisme, le laboratoire de Ploufragan pour l'anthrax
- IFREMER²¹
- Les établissements de santé publics et privés,
- Les professionnels de santé d'exercice libéral ou salarié
- Les inspections académiques et les services de promotion de la santé en faveur des élèves
- Les conseils généraux et les services de PMI
- Les centres de lutte contre la tuberculose
- Les grossistes répartiteurs pharmaceutiques et dépositaires pharmaceutiques
- L'observatoire régional des urgences dont la gouvernance et les outils sont en préparation avec les établissements de santé disposant d'un service d'urgence, dans le cadre d'un projet commun à la Bretagne et aux Pays de Loire
- Les services communaux d'hygiène et santé
- Les transports sanitaires

Les partenaires nationaux :

- La direction générale de la santé notamment le département des urgences sanitaires (DUS), la sous-direction des risques infectieux, la sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

¹⁴ DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

¹⁵ DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

¹⁶ DDPP : Direction départementale de la protection des populations

¹⁷ SDIS : Service d'Incendie et de Secours

¹⁸ SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

¹⁹ CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

²⁰ Les établissements de référence NRBC des zones de défense sont chargés d'apporter une assistance technique aux DG ARS, de conseiller les établissements sur les risques NRBC et de former leurs personnels en ces domaines, de porter un diagnostic et, le cas échéant, d'assurer une prise en charge thérapeutique en cas d'accident NRBC.

²¹ IFREMER : Institut Français de Recherche pour l'Exploitation de la Mer

- La direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Les agences nationales (InVS²², AFSSAPS²³, ANSES²⁴, INERIS...)

Le fonctionnement repose sur une ARS qui assure à la fois des fonctions de gestion et de tête de réseau

L'ARS a un rôle d'animation de ce système de veille, d'alerte et de gestion. Afin d'assurer ce double rôle de gestionnaire et de tête de réseau de la VSS, l'ARS :

- est engagée dans des partenariats réactifs et coordonne des actions en interne comme en externe.
- dispose d'outils permettant la surveillance et l'alerte (logiciel ARHDA (tensions hospitalières), bulletins de la CIRE Ouest, bulletins météo, observatoire des urgences par les résumés de passage aux urgences)
- participe à des exercices de gestion de crise
- met à profit des retours d'expérience et des formations

Pour atteindre ces objectifs, l'ARS dispose d'outils performants afin de maintenir la qualité des interventions :

L'ARS dispose d'une organisation permettant d'assurer quelle que soit l'origine du problème sanitaire rencontré avec l'appui de la cellule de l'InVS en région Bretagne (CIRE Ouest) et de l'échelon zonal si nécessaire :

-la réception, l'analyse, la validation et la gestion des signaux 24h sur 24 toute l'année.

-l'intervention sanitaire avec le cas échéant des partenaires extérieurs

-la préparation et la mise en œuvre à la demande de la préfecture des plans de gestion de crise (protocole ARS-Préfets de département),

Cependant des axes de progrès subsistent :

L'adéquation entre offre et besoins est perfectible, cependant, elle risque d'être confrontée dans les années à venir à une raréfaction de l'offre en raison de l'évolution défavorable de la démographie des professionnels médicaux.

Une cartographie des risques serait nécessaire pour assurer une veille adaptée.

Les outils pour appréhender de façon rigoureuse les besoins des populations vulnérables sont insuffisants et mal adaptés à leurs spécificités mais leur amélioration devient nécessaire pour évoluer dans ce domaine.

²² InVS : Institut de veille sanitaire

²³ AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

²⁴ ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

2/ OFFRE DE SOINS

1.1. Offre de soins ambulatoire

Etat des lieux de l'offre sur le territoire

Une densité générale de professionnels de santé satisfaisante mais une répartition inégale

L'offre de soins en Bretagne est globalement satisfaisante. Cependant, des disparités existent selon les disciplines et les territoires

La densité des médecins généralistes en Bretagne est comparable à la moyenne nationale, ...

On compte 98 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants contre 99 en France métropolitaine. C'est le Finistère qui affiche la plus forte densité médicale, suivi du Morbihan, de l'Ille et Vilaine et des Côtes d'Armor, seul département se situant en deçà de la moyenne nationale.

En nombre, l'effectif de médecins généralistes a augmenté de 2,8% en région entre 2005 et 2010, contre 0,6% en France.

Ces éléments ne masquent pas une répartition inégale puisque le littoral est mieux pourvu que le centre Bretagne.

Effectif et densité des omnipraticiens au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ¹ pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	540	93.3	0.9%
29- Finistère	897	101.0	1.7%
35- Ille-et-Vilaine	947	98.1	4.2%
56- Morbihan	705	99.6	3.8%
Bretagne	3 089	98.3	2.8%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE¹⁾	61 359	98.8	0.6%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

¹INSEE, populations estimées 2008

...celle des médecins spécialistes est en dessous de la moyenne nationale²⁵,

On y compte 70 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 88 en France métropolitaine. Cette situation se vérifie surtout pour les Côtes d'Armor et le Morbihan, Ille et Vilaine et Finistère se démarquant par une densité de médecins spécialistes supérieure à la moyenne régionale.

Effectif et densité des médecins spécialistes au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ¹ pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	339	58.5	0.3%
29- Finistère	641	72.1	-1.7%
35- Ille-et-Vilaine	735	76.1	1.2%
56- Morbihan	481	67.9	4.6%
Bretagne	2 196	69.9	0.9%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	54 464	87.7	1.5%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

¹INSEE, populations estimées 2008

Quelques spécialités cliniques connaissent une évolution négative de leurs effectifs depuis 2005, notamment les chirurgiens libéraux (-10%), les gynécologues (-4%) et les

²⁵ La comparaison avec la moyenne nationale est toutefois à relativiser, la région Ile de France faisant augmenter sensiblement cette moyenne avec une forte concentration de médecins spécialistes.

rhumatologues (-3%). (Cf. tableau « effectif et densité des médecins spécialistes au 1er janvier 2010 » ci-après.)

L'accès à certaines spécialités peut s'avérer difficile et, en dehors du facteur nombre, cette situation est notamment liée à :

- l'implantation privilégiée des médecins spécialistes à proximité des plateaux techniques (blocs opératoires, imagerie, ...),
- la part de l'activité consacrée aux actes hospitaliers, limitant d'autant les plages de travail ambulatoire.

Par ailleurs on observe une concentration plus forte des spécialistes dans les pays marqué par une urbanisation importante²⁶. L'accès aux médecins spécialistes peut être facilité ou plus difficile, notamment en fonction de la présence ou non de plateaux techniques.

... celle des infirmiers est supérieure à la moyenne nationale,

On compte 127 infirmiers pour 100 000 habitants contre 98 en France métropolitaine. Ce constat général masque des disparités départementales et cantonales : Alors que l'Ille et Vilaine a une densité d'infirmiers de 75.7 pour 100 000 habitants, très inférieure aux autres départements, le Finistère atteint 168,5.

Au niveau des pays, il apparaît que la densité d'infirmiers est plus marquée dans le sud ouest breton²⁷.

... tout comme celle des masseurs kinésithérapeutes, des sages-femmes des chirurgiens-dentistes, et des orthoptistes

Les densités de ces professions sont supérieures à la moyenne nationale en Bretagne et sur l'ensemble des départements à l'exception du département des Côtes d'Armor qui se distingue par une faible densité (sauf pour les orthoptistes pour qui l'exception est le Morbihan) (Cf. Tableaux p.18).

A l'échelle des pays, on constate une densité des chirurgiens dentistes et des masseurs kinésithérapeutes plus importante dans le sud et dans le pays de Rennes²⁸.

... tandis que les orthophonistes sont légèrement sous-représentés à l'exception de l'Ille et Vilaine qui surpasse la moyenne nationale.

La Bretagne compte, en 2009, 1 180 pharmacies, soit en moyenne 37.6 pharmacies pour 100 000 habitants (36.7 en moyenne nationale).

La répartition des pharmacies est relativement différenciée d'un pays à l'autre. À l'exception du pays de Brest, les pays situés à l'ouest de la région sont en moyenne mieux dotés.²⁹

La Bretagne compte, en 2010, 161 laboratoires d'analyses médicales, soit en moyenne 5.1 laboratoires pour 100 000 habitants (moyenne nationale de 6.2).

Comme pour les pharmacies, la répartition des laboratoires d'analyses médicales est relativement différenciée d'un pays à l'autre. Les pays les mieux dotés sont notamment ceux qui disposent d'un pôle d'activité important : Brest, Lorient, Saint-Brieuc, Ploërmel et Rennes.³⁰

²⁶ La Santé dans les 21 pays de Bretagne, Synthèse, ORS Bretagne, juin 2010

²⁷ Ibid

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

OFFRE DE SOINS

Offre de soins ambulatoire - Etat des lieux de l'offre sur le territoire

Effectif et densité des médecins spécialistes libéraux par spécialité au 1er janvier 2010

	Bretagne			France Métropolitaine		
	Effectif	Densité ^a	Evolution 2005/2010	Effectif	Densité ^a	Evolution 2005/2010
Anesthésistes-Réanimateurs	141	4.5	0.0%	3 376	5.4	3.5%
Cardiologues	168	5.3	6.3%	4 322	7.0	4.6%
Chirurgiens	121	3.9	-9.7%	3 219	5.2	-2.8%
Dermatologues	144	4.6	3.6%	3 274	5.3	-0.2%
Radiologues	263	8.4	4.0%	5 917	9.5	4.4%
Gynécologues	199	6.3	-3.9%	5 471	8.8	0.0%
Gastro-Entérologues	98	3.1	0.0%	2 095	3.4	0.2%
Médecine Interne	16	0.5	0.0%	564	0.9	-4.6%
Neuro-Chirurgiens	3	0.1	-25.0%	160	0.3	11.1%
Oto-rhino-laryngologistes	86	2.7	-1.1%	2 255	3.6	-1.9%
Pédiatres	112	3.6	0.0%	2 709	4.4	-0.4%
Pneumologues	53	1.7	3.9%	1 143	1.8	0.3%
Rhumatologues	94	3.0	-3.1%	1 841	3.0	-0.3%
Ophthalmologues	213	6.8	0.9%	4 689	7.5	1.4%
Urologues	39	1.2	21.9%	771	1.2	19.9%
Neuropsychiatres	6	0.2	-33.3%	293	0.5	-21.9%
Stomatologues	26	0.8	-13.3%	1 048	1.7	-4.3%
Médecine Physique et de réadaptation	20	0.6	-4.8%	514	0.8	-5.3%
Neurologues	27	0.9	-3.6%	804	1.3	2.4%
Psychiatres	233	7.4	3.1%	6 151	9.9	1.6%
Néphrologues	4	0.1	0.0%	349	0.6	12.2%
Anatomo-cyto-pathologistes	38	1.2	0.0%	702	1.1	-2.1%
Chirurgiens orthopédique	82	2.6	30.2%	2 014	3.2	12.6%
Endocrinologues	17	0.5	0.0%	777	1.3	4.2%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^a pour 100 000 hab. - source INSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des chirurgiens dentistes au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	329	56.8	-1.2%
29- Finistère	538	60.6	-2.5%
35- Ille-et-Vilaine	577	59.8	1.8%
56- Morbihan	442	62.4	-1.6%
Bretagne	1 886	60.0	-0.8%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	36 355	58.5	-1.1%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^aINSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des sages-femmes au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	22	3.8	83.3%
29- Finistère	38	4.3	52.0%
35- Ille-et-Vilaine	60	6.2	17.6%
56- Morbihan	34	4.8	61.9%
Bretagne	154	4.9	41.3%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	2 688	4.3	24.7%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^aINSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des infirmiers au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	708	122.3	19.0%
29- Finistère	1 497	168.5	19.9%
35- Ille-et-Vilaine	731	75.7	20.8%
56- Morbihan	1 058	149.4	20.8%
Bretagne	3 994	127.2	20.1%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	58 207	93.7	13.3%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^aINSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des orthophonistes au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	122	21.1	27.1%
29- Finistère	165	18.6	25.0%
35- Ille-et-Vilaine	235	24.3	24.3%
56- Morbihan	140	19.8	23.9%
Bretagne	662	21.1	24.9%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	13 707	22.1	12.8%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^aINSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des orthoptistes au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	20	3.5	25.0%
29- Finistère	30	3.4	7.1%
35- Ille-et-Vilaine	46	4.8	27.8%
56- Morbihan	15	2.1	15.4%
Bretagne	111	3.5	19.4%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	1 729	2.8	10.0%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^aINSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des masseurs-kinés. au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	429	74.1	11.1%
29- Finistère	825	92.9	16.0%
35- Ille-et-Vilaine	807	83.6	18.9%
56- Morbihan	635	89.7	15.5%
Bretagne	2 696	85.8	15.9%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	47 887	77.1	8.2%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^aINSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des officines au 1er janvier 2009

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2009
22- Côtes-d'Armor	224	38,7	1,8%
29- Finistère	358	40,3	0,6%
35- Ille-et-Vilaine	331	34,3	0,0%
56- Morbihan	267	37,7	0,8%
Bretagne	1 180	37,6	0,7%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	22 644	36,4	-0,5%

Source : Ordre national des Pharmaciens (CNDP)

^aINSEE, populations estimées 2008

Effectif et densité des laboratoires au 1er janvier 2010

	Effectif	Densité ^a pour 100 000 hab.	Evolution 2005/2010
22- Côtes-d'Armor	23	4.0	4.5%
29- Finistère	45	5.1	7.1%
35- Ille-et-Vilaine	59	6.1	1.7%
56- Morbihan	34	4.8	-2.9%
Bretagne	161	5.1	2.5%
TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE	3 832	6.2	-1.1%

Source : SNIR, Bretagne 2010/France 2009

^aINSEE, populations estimées 2008

Les données démographiques laissent entrevoir des tensions pour certaines professions à l'horizon 2020.

L'analyse de la part des médecins libéraux de plus de 55 ans permet d'identifier à dix ans des situations de tensions potentielles sur l'offre.

Agés en moyenne de 52 ans, les libéraux exclusifs représentent 49% des effectifs de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre.³¹

45% des omnipraticiens libéraux ont actuellement plus de 55 ans, ce pourcentage s'élevant à 48% dans les Côtes d'Armor. Par ailleurs la proportion des médecins généralistes de plus de 55 ans est en augmentation (plus 25% entre 2007 et 2009)³². Celle-ci est liée à plusieurs facteurs auxquels il s'agit de s'intéresser : installation retardée, allongement de la durée de remplacement, une certaine désaffection des jeunes diplômés pour la médecine libérale, départ à la retraite plus tardive...

La situation des médecins spécialistes libéraux n'est pas meilleure avec 48% de plus de 55 ans, cette part des plus de 55% ayant augmenté de 22% entre 2007 et 2009³³.

La situation d'autres professions de santé libérales est contrastée

Les chirurgiens dentistes avec un taux de 38% de professionnels libéraux de plus de 55 ans sont dans une situation intermédiaire. (Cf. tableau ci-après)³⁴.

Infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux avec respectivement 18,4 et 18,6% de professionnels de plus de 55 ans ne connaissent pas les mêmes problématiques que les médecins³⁵. (Cf. tableaux ci-après)

Certaines zones sont identifiées comme « déficitaires » ou « sous dotées »

Si la Bretagne voit ses effectifs de médecins libéraux croître entre 2009 et 2007³⁶, la densité des professionnels, les données démographiques et leur analyse au niveau des territoires permettent d'identifier des secteurs géographiques sur lesquels l'attention doit être portée en priorité.

Des dispositifs réglementaires ou conventionnels ont été mis en place afin d'identifier des zones fragiles du point de vue de l'offre en médecins généralistes et infirmiers libéraux.

Le croisement de données sur la densité, la démographie et l'activité a permis d'identifier des zones déficitaires chez les omnipraticiens libéraux.

Une cartographie des zones dites « déficitaires » a été élaborée par la Mission Régionale de Santé en 2005 permettant d'identifier 22 cantons (Cf. carte p. 23). Les médecins installés dans ces zones peuvent bénéficier d'un certain nombre d'aides.

La définition de zones « sous dotées » pour les infirmières.

Un pas vers la régulation de l'offre s'est concrétisé par un accord entre l'assurance maladie et la profession en 2008

³¹ Atlas de la démographie médicale en région Bretagne, situation au 1^{er} janvier 2009, Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

³² URCAM Bretagne, situation au 31 décembre 2009, professions libérales uniquement, y compris praticiens hospitaliers temps plein exerçant une activité libérale à l'hôpital, hors professionnel remplaçant, et ayant exercé pendant l'année.

³³ Ibid.

³⁴ La progression de ce taux entre 2007 et 2009 est de 38%. Source : Ibid

³⁵ La part des plus de 55 ans progresse toutefois de 37% entre 2007 et 2009 chez les infirmiers contre 8% pour les masseurs-kinésithérapeutes. Source : Ibid

³⁶ 3089 en 2009 contre 3060 en 2007 pour les médecins généralistes et 2240 contre 2185 pour les médecins spécialistes. Source : Ibid.

(avenant n°1 à la convention nationale infirmiers). En effet, une infirmière ne peut être conventionnée avec l'assurance maladie dans une zone « sur-dotée » qu'en cas de cessation définitive préalable d'activité d'une autre infirmière. (Cf. carte ci-après). Enfin une infirmière peut bénéficier d'une aide à l'installation dans une zone « très sous dotée ».

Les modalités d'accès aux professionnels de santé à repenser et renforcer

L'accès aux soins passe par l'information des patients sur l'offre de soins disponible,

L'assurance maladie met ainsi depuis quelques années au service des usagers du système de soins, un outil « **Info soins** » qui permet de connaître les différents professionnels de santé libéraux sur les zones géographiques souhaitées et les tarifs pratiqués.

...par la proximité, en termes de distance et de temps pour accéder au professionnel de santé,

Du fait de certaines inégalités de répartition sur le territoire régional, le temps et la distance sont variables d'une zone géographique à l'autre. Même si la distance moyenne à un médecin généraliste est aujourd'hui raisonnable (15 km maximum), elle risque d'augmenter du fait de l'hétérogénéité des installations et de la tendance aux regroupements des professionnels de santé. Ces constats conduisent à mener des réflexions sur les modalités d'accès en terme de transports ou de consultations avancées dans certaines zones géographiques, en particulier à l'attention des personnes ne se déplaçant pas ou difficilement, comme par exemple les personnes âgées et/ou dépendantes.

Ces réflexions applicables à la médecine générale sont d'autant plus à mener pour certaines spécialités, dont l'offre se localise essentiellement en fonction de l'implantation des plateaux techniques.

... par la continuité de la prise en charge,

qui nécessite une organisation entre les professionnels de santé et une information des patients concernant leur remplacement. Des éléments objectifs manquent sur cet aspect de l'accès aux soins. Cette problématique est aujourd'hui uniquement appréhendée au travers de signalements de patients, d'associations ou des conseils de l'Ordre pour lesquels une solution est à trouver de façon réactive.

...et par la prise en compte des aspects socio-économiques.

En terme d'accessibilité sociale, l'offre de soins libérale en médecine générale en Bretagne est principalement conventionnée en secteur 1 (4,5% en honoraires libres, 1% non conventionnés au 1^{er} janvier 2010), ce qui devient par contre **plus délicat pour certaines spécialités. En effet, le montant de certains dépassements d'honoraires peut conduire à un renoncement de soins de la part de certaines populations en situation économique difficile**³⁷. De même, le fait que le reste à charge des patients reste conséquent après remboursement de certaines prestations ou soins par l'assurance maladie obligatoire, comme les prothèses dentaires ou les prescriptions ophtalmologiques, peut renforcer cette difficulté d'accès pour des populations ne bénéficiant pas de couverture complémentaire.

³⁷ A titre d'exemple, au 1^{er} trimestre 2007, 17% des consultations des médecins spécialistes exerçant en Ille et Vilaine ont fait l'objet d'un dépassement de 15€ en moyenne.

OFFRE DE SOINS

Offre de soins ambulatoire - Etat des lieux de l'offre sur le territoire

Médecins omnipraticiens	2009		
	Nombre des 55 ans et plus	Effectif total	Part des 55 ans et plus (%)
22 - Côtes d'Armor	263	540	48.7%
29 - Finistère	404	897	45.0%
35 - Ille et Vilaine	408	947	43.1%
56 - Morbihan	311	705	44.1%
Bretagne	1 386	3089	44.9%

Médecins spécialistes	2009		
	Nombre des 55 ans et plus	Effectif total	Part des 55 ans et plus (%)
22 - Côtes d'Armor	170	345	49.3%
29 - Finistère	319	655	48.7%
35 - Ille et Vilaine	306	748	40.9%
56 - Morbihan	234	492	47.6%
Bretagne	1 029	2240	45.9%

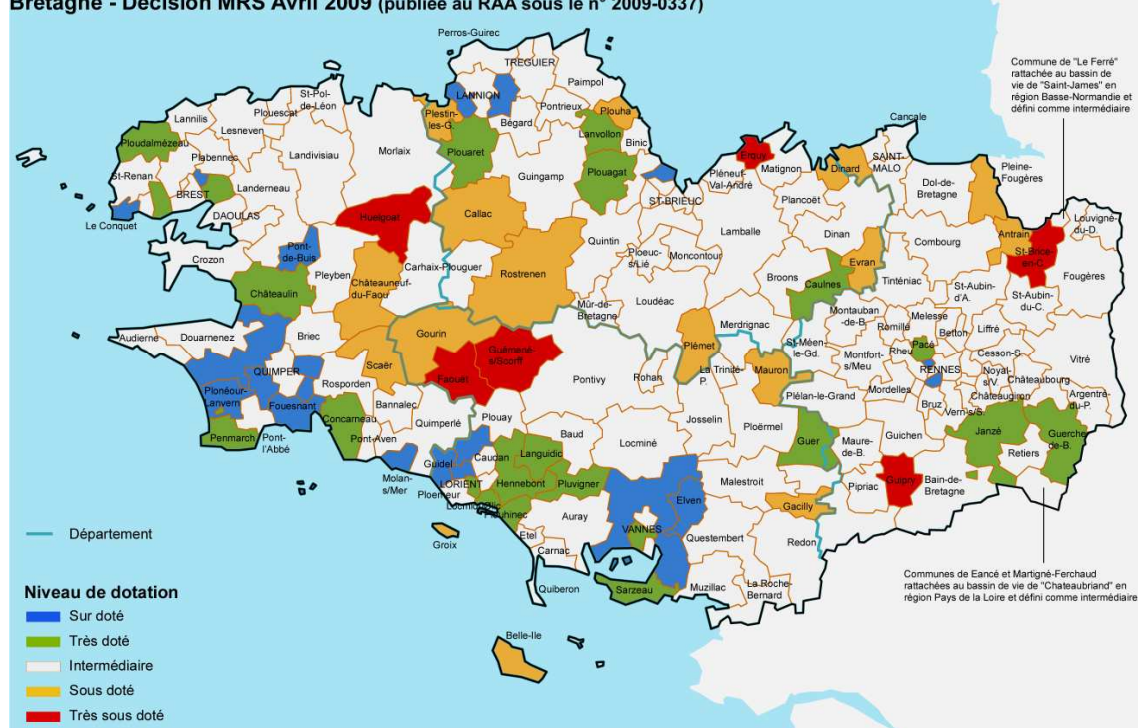
Chirurgiens dentistes (inclus orthodontistes)	2009		
	Nombre des 55 ans et plus	Effectif total	Part des 55 ans et plus (%)
22 - Côtes d'Armor	122	329	37.1%
29 - Finistère	191	538	35.5%
35 - Ille et Vilaine	159	577	27.6%
56 - Morbihan	149	442	33.7%
Bretagne	621	1886	32.9%

Infirmiers	2009		
	Nombre des 55 ans et plus	Effectif total	Part des 55 ans et plus (%)
22 - Côtes d'Armor	129	708	18.2%
29 - Finistère	277	1497	18.5%
35 - Ille et Vilaine	128	731	17.5%
56 - Morbihan	199	1058	18.8%
Bretagne	733	3994	18.4%

Masseurs-kinésithérapeutes	2009		
	Nombre des 55 ans et plus	Effectif total	Part des 55 ans et plus (%)
22 - Côtes d'Armor	97	429	22.6%
29 - Finistère	159	825	19.3%
35 - Ille et Vilaine	111	807	13.8%
56 - Morbihan	135	635	21.3%
Bretagne	502	2696	18.6%

* **Source : SNIR (assurance maladie), en 2009**
 Professions libérales uniquement, y compris les praticiens hospitaliers temps plein (PHTP) ayant une activité libérale à l'hôpital (hors professionnel remplaçant).
 Les effectifs sont présentés au 31 décembre de l'année considérée. Il s'agit du nombre de professionnels ayant exercé pendant l'année.

Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en infirmiers exerçant en libéral ou en SSIAD Bretagne - Décision MRS Avril 2009 (publiée au RAA sous le n° 2009-0337)



Source cartographique : Anticque
 Réalisation : URCAM Bretagne, Avril 09

Aspects organisationnels

L'adaptation des organisations est de plus en plus une nécessité pour diminuer les inégalités d'accès aux soins,...

Face aux constats sur ces inégalités de répartition et difficultés d'accès aux soins qui peuvent en résulter, l'enjeu depuis quelques années est de faire évoluer les organisations professionnelles.

...et pour renforcer l'attractivité de l'exercice libéral.

Les aspirations des jeunes médecins (on constate notamment une féminisation³⁸ de la profession et une augmentation du salariat³⁹ et des remplacements), les évolutions souhaitées de certains professionnels installés et l'évolution du contexte de l'exercice professionnel, concrétisent progressivement sur le territoire régional l'enjeu organisationnel.

En effet, la question de la « médecine de ville » reste trop souvent centrée sur les conditions d'implantation géographique alors que l'attractivité de l'exercice libéral tant pour les médecins généralistes que pour les autres professionnels de santé paramédicaux, est de plus en plus liée à l'organisation du travail.

On constate depuis quelques années un moindre engagement des futurs médecins vers la médecine libérale, tout particulièrement en zone rurale⁴⁰. L'isolement est un facteur important de démotivation pour l'installation de nouveaux professionnels, voire leur maintien dans certaines zones. Les futurs installés évoquent de plus en plus le souhait d'un travail plus collaboratif, ce qui permet aussi d'avoir des conditions de vie plus qualitatives.

Des solutions multiples d'accompagnement à l'évolution des organisations se déploient,

L'accompagnement à l'évolution des organisations s'est réalisé et se poursuit en région depuis environ 6 ans. Les solutions sont multiples et doivent le rester (maisons de santé, pôles de santé, nouveaux modes de rémunération, groupes qualité, réseaux de santé), l'essentiel de la démarche étant de permettre un travail collectif entre les professionnels de santé libéraux, de rechercher les mutualisations de moyens et de favoriser les échanges d'informations.

...telles que les pôles ou maisons de santé pluridisciplinaires (Cf. carte ci-après),

Une maison de santé pluridisciplinaire ne peut se concevoir sans projet de santé, associant l'ensemble des professionnels de santé qui feront partie de cette maison et les élus des bassins de population concernés. Il permet de définir les coopérations que les professionnels de santé voudront mettre en place pour répondre aux problématiques liées à leur exercice et à celles de la population dans le respect de la qualité des soins.

C'est la raison pour laquelle, indépendamment des maisons déjà construites, 17 sites bénéficient aujourd'hui d'un accompagnement par un consultant extérieur pour élaborer le

projet de santé. Cette prestation est financée sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), géré par l'ARS, mais les sites ont été proposés par une cellule régionale qui associe l'ensemble des partenaires compétents sur cette problématique, à savoir les représentants de l'Assurance maladie (URCAM, caisses), des professionnels de santé (URML, Cap Réseau Bretagne, Conseil régional de l'ordre des médecins), des collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils généraux), des services de l'Etat (Préfectures, DDASS). Suite au récent texte de juillet 2010 sur ce sujet, la coopération et la dynamique régionales engagées vont pouvoir se poursuivre.

...les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération,

La rémunération actuelle des professionnels de santé libéraux, basée uniquement sur le paiement à l'acte peut ne pas encourager les coopérations dont l'ARS fait la promotion par ailleurs. L'objectif est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de 1^{er} recours. Ces expérimentations sont prévues sur une période de 5 ans. En Bretagne, 5 sites sont en cours d'expérimentation. Un nouvel appel à projet permettra à 5 autres sites de rejoindre l'expérimentation.

L'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération incite à mettre l'accent sur le développement de l'éducation thérapeutique, facteur d'une amélioration de la qualité des prises en charge de maladies chroniques.

...et les groupes qualité (Cf. carte ci-après).

Initié en 2001 en Bretagne avec trois groupes de 10 médecins généralistes, le programme Groupes Qualité est déployé depuis 2008 dans 6 régions. Quatre nouvelles régions ont rejoint le projet fin 2009 et trois autres au cours du premier semestre 2010 portant le nombre de régions à 13. En Bretagne, 42 groupes qualité sont constitués proposant ainsi à plus de 400 médecins généralistes des temps de réflexion afin de faire progresser la qualité de leur pratique.

Une attention particulière est aujourd'hui portée sur la qualité des prescriptions, notamment médicamenteuses. En travaillant collectivement, les groupes qualité servent de point d'appui pour poursuivre cette démarche, notamment pour le choix des thèmes et des indicateurs.

La formation des professionnels de santé est un levier pour accompagner l'évolution organisationnelle de la médecine générale

La formation est un levier incontournable pour intéresser les jeunes médecins à la pratique en milieu rural. Les constats montrent que des marges de manœuvre importantes existent, à la fois pour « re »qualifier la médecine générale et promouvoir son image.

Il s'agit aussi d'un problème d'information. Les étudiants n'ont pas une idée claire de ce que représente l'exercice libéral, tout particulièrement en ce qui concerne l'entreprise libérale⁴¹.

Enfin, une étude régionale sur l'installation des jeunes médecins généralistes⁴² a montré que la période critique pour le choix du type d'activité professionnelle était celle des remplacements et que le choix de la forme d'activité (salariale ou libérale) dépend des opportunités qui se présentent au moment de la décision.

Un des leviers pour favoriser l'installation en libéral et particulièrement en milieu rural sera de travailler en partenariat avec les Universités et les départements de médecine générale pour accroître le nombre de maîtres et de lieux de stages.

³⁸ 39.2% des médecins (libéraux ou salariés) en activités régulières en Bretagne sont des femmes. Chez les médecins généralistes libéraux elles sont 29%. Source : Atlas de la démographie médicale en région Bretagne, situation au 1^{er} janvier 2009, CNOM.

³⁹ 65% des nouveaux médecins inscrits en 2009 au Tableau de l'Ordre ont fait le choix d'exercer leur activité en secteur salarié, 26% effectuent des remplacements et 8% s'installent en libéral. Au 1^{er} janvier 2009 on compte 517 remplaçants en Bretagne, leur nombre ayant progressé de 266% en 20 ans. Source : Ibid

⁴⁰ Un médecin (libéral ou salarié) sur deux nouvellement inscrit au tableau de l'ordre choisit Rennes comme lieu d'exercice. La ville de Brest arrive en deuxième position et Saint-Brieuc ensuite. Source : Ibid.

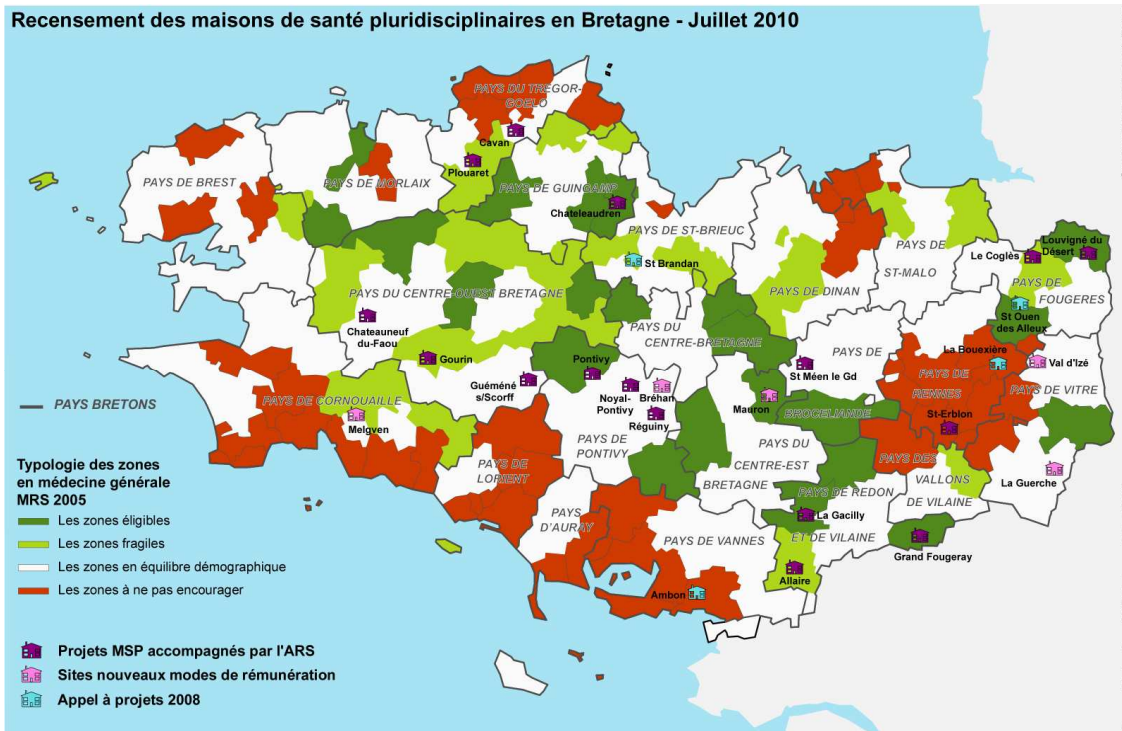
⁴¹ cf étude DJEMBE, dossier URCAM n°25, 2007.

⁴² Etude menée en 2003 par FX Schweyer et G. Levasseur.

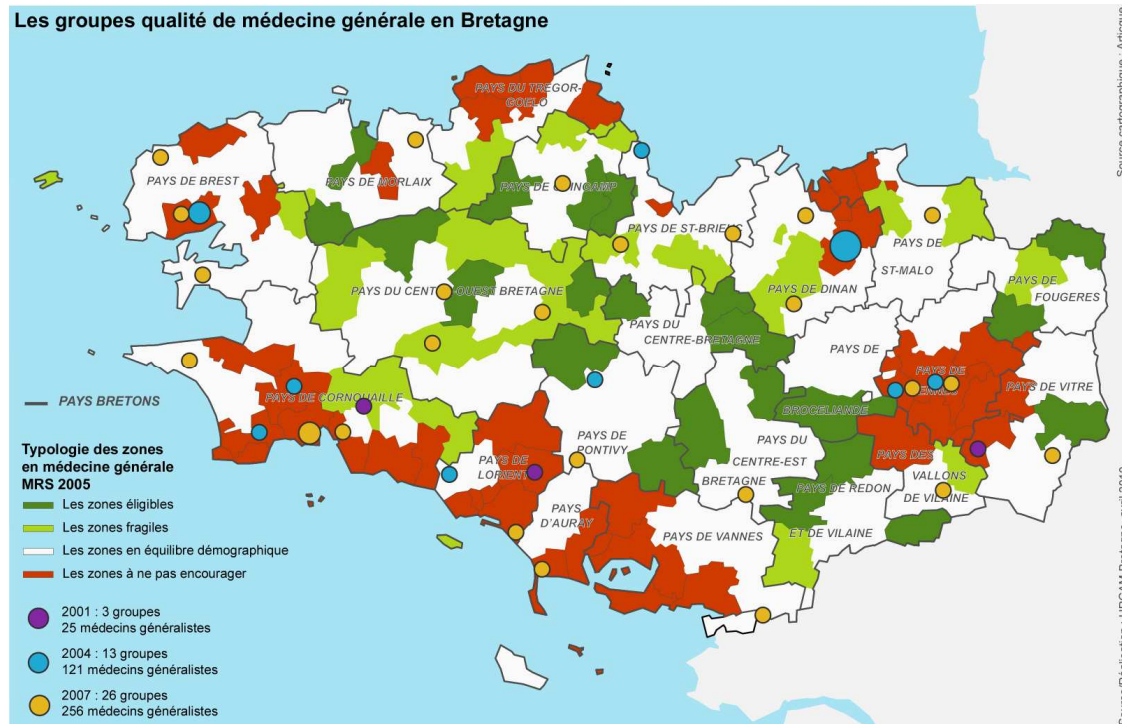
OFFRE DE SOINS

Offre de soins ambulatoire - Aspects organisationnels

Recensement des maisons de santé pluridisciplinaires en Bretagne - Juillet 2010



Les groupes qualité de médecine générale en Bretagne



2/ OFFRE DE SOINS

1.2. *Offre de soins hospitalière*

OFFRE DE SOINS

Offre de soins hospitalière- Etat des lieux de l'offre sur le territoire

Etat des lieux de l'offre sur le territoire

Les territoires sanitaires évoqués dans cette partie, sont les territoires arrêtés dans le cadre des précédents SROS.

La répartition des établissements sur les territoires

La Bretagne dispose de 128 établissements de santé en 2010: 47 établissements publics (8 centres de référence, dont 2 CHRU ainsi que 22 hôpitaux locaux), 43 établissements privés (ESPIC ex-PSPH), 38 établissements privés. Les établissements assurant la chirurgie mettent en œuvre 44 plateaux techniques chirurgicaux.

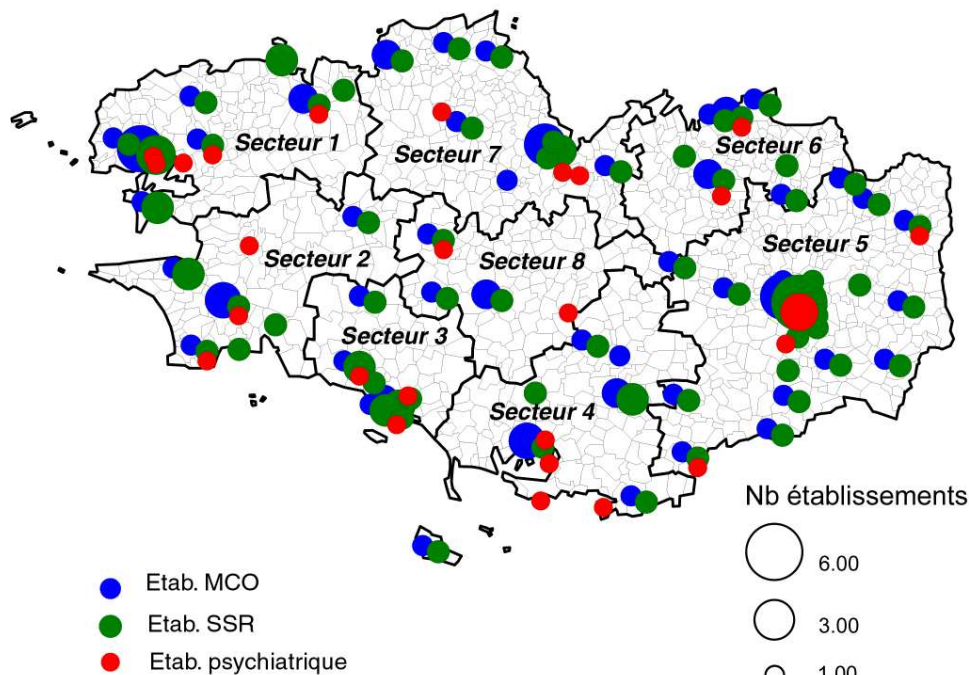
L'offre de soins hospitalière bretonne est d'une grande diversité dans les activités réalisées sur l'ensemble du territoire régional... (cf. cartes jointes)

Des établissements couvrant les disciplines médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et des équipements lourds pour la réalisation d'actes en imagerie (IRM, scanner...) sont présents dans chaque territoire sanitaire, avec une concentration plus importante dans les zones urbaines et sur le littoral. Rennes et Brest constituent les deux pôles majeurs hospitaliers de la Région. Des structures d'urgences sont présentes sur tous les territoires, même si les SMUR sont répartis de façon

inégalement (Cf. Diagnostic de l'offre de soins – Permanence des soins urgences).

D'autre part, les principales spécialités en matière de cancérologie sont exercées dans tous les territoires, dans des établissements publics ou privés. Quant aux implantations en soins de suite et de réadaptation, elles sont concentrées sur le littoral et la région rennaise, le Centre Bretagne étant moins bien pourvu. La redéfinition des unités de soins de longue durée (USLD) s'est achevée le 31 décembre 2009 ; à ce jour, la région dispose de 30 USLD, assurant un maillage régional correct, à l'exception du territoire de St-Brieuc-Guingamp-Lannion-Paimpol. 13 structures sont autorisées en HAD, réparties de façon équilibrée. Depuis 1998, l'offre de soins en psychiatrie a considérablement évolué, avec une diminution marquée de l'hospitalisation complète au profit des offres alternatives. Au total, la région dispose d'un bon maillage territorial et d'une offre en cohérence avec la répartition de la population dans les grandes agglomérations urbaines et la frange littorale.

Etablissements de santé en Bretagne



Source cartographique: Artique

Réalisation : ARS Bretagne - Données PMSI 2009

OFFRE DE SOINS

Offre de soins hospitalière- Etat des lieux de l'offre sur le territoire

Le taux de recours⁴³ aux soins hospitaliers

Le taux de recours traduit la rencontre de l'offre et de la demande. Il met en évidence la graduation des soins et révèle les fragilités de certains territoires, en chirurgie notamment. Néanmoins, le croisement entre recours aux soins hospitaliers et mortalité ne présente pas de liaison statistique évidente.

Le taux de recours aux soins hospitaliers est proche de la moyenne française, avec cependant une grande hétérogénéité selon les territoires et les disciplines,...

Ces disparités se retrouvent dans chaque discipline :

- Le taux de recours en médecine reste inférieur au niveau national (respectivement 151 et 159 séjours pour 1000 habitants en 2008), avec des disparités interterritoriales très fortes (179 dans le territoire 8, 118 dans le territoire 5).
- En chirurgie, il est également inférieur à la moyenne nationale en 2008 (89 versus 93), avec des extrêmes de 105 (territoire 8) à 75 (territoire 5).
- En obstétrique, les taux de recours 2008 sont identiques en Bretagne et en France (20), avec des variations de 15 (territoire 2) à 25 (territoire 5).
- En soins de suite et de réadaptation (SSR), la moyenne régionale est un peu supérieure à la moyenne nationale en 2008 (534 journées pour 1000 habitants /524), avec des disparités : plus de 600 j/ 1000 habitants dans les territoires 2 et 3, moins de 500 j/1000 habitants dans les territoires 4, 5 et 7.
- Le recours en hospitalisation à domicile (HAD) est en forte augmentation mais reste inférieur à la moyenne nationale

De manière plus générale, le territoire 5 se distingue fortement des autres territoires bretons par un faible taux de recours par rapport à la moyenne régionale à l'exception de l'obstétrique. Au contraire, les territoires de santé 6 et 3 ont un fort recours à l'exception de l'obstétrique. Ce constat s'explique essentiellement par la structure démographique des territoires. Les autres territoires de santé ont des situations plus contrastées selon les disciplines. Il est à noter cependant que le territoire de santé 8 se distingue, en dépit de taux de recours proches de la moyenne en obstétrique, SSR et HAD, par des taux très supérieurs à la moyenne régionale en médecine et en chirurgie. Si le territoire de santé 2 est, quant à lui, proche de la moyenne régionale pour les activités médecine et chirurgie, il affiche en revanche les taux de recours les plus faibles pour l'obstétrique et l'HAD et, à l'inverse, affiche le taux le plus élevé pour les SSR.

... hétérogénéité qui se retrouve aussi dans les évolutions des taux de recours

Ainsi, on constate :

- une stabilité en médecine en 2009 après une augmentation 2004-2008 inférieure à la moyenne nationale ; l'activité de médecine des hôpitaux locaux est en forte baisse en 2009.

- En chirurgie, l'augmentation de l'activité est modérée en 2009 en hospitalisation complète après une forte baisse entre 2004 et 2006 tandis que l'activité de chirurgie ambulatoire est en très forte augmentation (+17.5% en 2009).
- Une forte progression de l'activité HAD : + 355% de 2004 à 2008.
- Une augmentation de 5% de SSR en 4 ans modérée
- Le nombre de séjours en obstétrique est en baisse en 2009, notamment pour les séjours ambulatoires, après une augmentation marquée entre 2004 et 2008.

Tableau 1 : Nombre de séjours/ journées dans les établissements bretons pour 1000 habitants en 2008

Territoire de Santé	Nombre de séjours			Nombre de journées	
	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	HAD
Santé 1	151	89	19	593	18
TS 2	155	93	15	699	16
TS 3	169	91	18	667	99
TS 4	152	92	19	471	28
TS 5	118	75	25	436	23
TS 6	173	101	20	568	38
TS 7	178	96	19	476	18
TS 8	179	105	18	536	25
Bretagne	151	89	20	534	29
France	159	93	21	524	43
Evolution sur 5 ans Bretagne	+3,40%	+2%	+5,10%	+5% (sur 4 ans)	+355% (sur 4 ans)
Evolution sur 5 ans France	+5,50%	+5,30%	+1,60%	+14% (sur 4 ans)	85% (sur 4 ans)

SOURCE : PMSI, 2008

⁴³ Taux de recours : nombre de séjours hospitaliers annuels d'une population ou d'un territoire rapporté au nombre d'habitants, quelque soit le lieu d'hospitalisation.

OFFRE DE SOINS

Offre de soins hospitalière- Etat des lieux de l'offre sur le territoire

... le taux de fuite⁴⁴ et d'attractivité des territoires⁴⁵

Certains territoires ont un taux de fuite élevé (Territoires de santé 6 et 8)...

Les territoires de santé 1, 5 et 7 ont un taux de fuite faible, de l'ordre de 10% pour l'ensemble des séjours MCO.

Pour les territoires 2, 3 et 4, ce taux est situé entre 15 et 20% (essentiellement vers les territoires voisins sauf pour le territoire 4). Ceux des territoires 6 et 8 sont majeurs, respectivement de 26% (dont les 2/3 au profit du territoire 5) et 40%.

Les fuites des territoires 1,4 et 5 sont en premier lieu dirigées vers des établissements en dehors de la Bretagne (respectivement 71%, 43% et 57% du taux de fuite des patients de ces territoires se font en dehors de la Bretagne).

Le territoire 8 est particulier, dans le sens où ses fuites ne sont pas orientées principalement sur un territoire.

Les fuites des patients des séjours MCO :

Territoire de santé du patient*	Taux Fuite	Taux attractivité	Fuites en priorité vers le TS	% de fuite vers ce TS
1	10%	11%	HB**	71%
1'	4%	10%	2	47%
2	16%	11%	1	60%
3	15%	10%	2	30%
4	20%	14%	HB**	43%
5	8%	22%	HB**	57%
6	26%	8%	5	62%
7	11%	12%	5	40%
8	41%	14%	7	32%

... tandis que d'autres se révèlent très attractifs.

Le taux d'attractivité du territoire 5, de 22%, est nettement supérieur à celui des 7 autres territoires.

Les tendances restent globalement les mêmes pour les fuites sur les séjours de Médecine, ...

Pour les territoires 2, 3, et 6, le taux de fuite est légèrement plus faible.

Les fuites des patients des séjours en Médecine :

Territoire de santé du patient*	Taux de fuite	Tx d'attractivité	Fuites en priorité vers le TS	% de fuite vers ce TS
1	11%	11%	HB**	75%
1'	4%	11%	2	49%
2	16%	10%	1	59%
3	12%	10%	HB**	29%
4	18%	14%	HB**	42%
5	8%	22%	HB**	54%
6	24%	8%	5	60%
7	10%	11%	5	39%
8	40%	14%	7	32%

... tandis que les taux de fuite en chirurgie sont nettement plus élevés en ce qui concerne les territoires 3, 4 et 6,...

Les patients du territoire 3 qui fuient vont prioritairement se faire opérer vers le territoire de santé 2, ceux du territoire 6 vers le 5, alors que les patients du territoire 4 fuient en dehors de la Bretagne pour la chirurgie.

Les fuites des patients des séjours en Chirurgie :

Territoire de santé du patient*	TAUX FUIITE	TAUX ATTRACTIVITE	FUITES en priorité vers le TS	% de fuite vers ce TS
1	10%	12%	HB**	69%
1'	5%	12%	2	44%
2	17%	14%	1	60%
3	20%	12%	2	37%
4	24%	14%	HB**	46%
5	9%	24%	HB**	63%
6	31%	8%	5	67%
7	15%	12%	5	41%
8	41%	16%	7	29%

...et qu'en obstétrique, le taux de fuite des territoires est plus faible partout.

Les taux de fuite sur les séjours obstétriques sont, comparativement aux taux de fuite globaux, plus faibles partout, à l'exception du territoire 8, dont le taux de fuite est toujours de plus de 40%.

Pour les accouchements, la proximité géographique est un facteur déterminant.

Les fuites des patients des séjours en obstétrique :

Territoire de santé du patient*	TAUX FUIITE	TAUX ATTRACTIVITE	Fuites en priorité vers le TS	% de fuite vers ce TS
1	4%	7%	2	47%
2	9%	12%	1	61%
3	10%	10%	2	49%
4	12%	12%	3	32%
5	5%	10%	HB**	47%
6	22%	9%	7	48%
7	2%	13%	1	30%
8	42%	12%	7	45%

Source pour l'ensemble des tableaux présentés : PMSI MCO 2009

* T1' : Avec l'hôpital des armées dans le TS 1

**Le Territoire de Santé HB représente les territoires en dehors de la Bretagne.

⁴⁴Taux de fuite du territoire de santé (TS) = Nombre de séjours domiciliés dans le TS et pris en charge par un établissement hors TS/Nombre de séjours domiciliés dans le TS

⁴⁵Taux d'attractivité du territoire de santé (TS)= Nombre de séjours domiciliés hors TS et pris en charge par un établissement du TS/ Nombre de séjours réalisés par les établissements dans le TS.

La démographie médicale

Si l'évolution de la démographie médicale en Bretagne devrait être moins contraignante que pour le territoire national, un état des lieux par spécialité soulève des inquiétudes à plus court terme. Ainsi, l'évolution de la démographie médicale est marquée par des départs à la retraite massifs dans les 5 à 10 ans en gynéco-obstétrique, chirurgie générale, anesthésie-réanimation, urologie, orthopédie, ophtalmologie, chirurgie vasculaire, neurochirurgie et radiologie. La région, comme l'ensemble du pays, connaît un problème de recrutement de praticiens : urgentistes, anesthésistes, radiologues, et, pour certains établissements, oncologues, chirurgiens, psychiatres, gynécologues-obstétriciens (établissements privés) et pédiatres (établissements publics et privés).

Ces difficultés de recrutement sont plus marquées dans le secteur public, avec une moyenne d'âge des praticiens plus élevée, et conduisent parfois à un recours soutenu à l'intérim notamment pour l'anesthésie et la radiologie.

D'autre part, il existe une forte disparité en Bretagne entre les territoires de santé et les sites géographiques. Ce constat milite en faveur d'un regroupement et d'une mutualisation des compétences.

Dans ce panorama général, il convient de souligner que le maintien d'équipes de professionnels performants sera facilité par le fait que la Bretagne est une région attractive pour les personnels médicaux et paramédicaux et qu'elle possède un fort potentiel de formation (deux facultés de médecine, école d'infirmières, ...).

La situation financière des établissements

L'organisation de l'offre de soins est impactée par l'équilibre financier des établissements. Des difficultés financières peuvent en effet engendrer des regroupements d'activités ou des modifications des flux de patients. De manière spécifique, la logique économique interne au secteur privé avec, notamment, la place grandissante des groupes d'établissements, contribue à structurer l'offre de soins hospitalière régionale.

Globalement, on observe une relative amélioration des équilibres budgétaires. On constate notamment des progrès plus sensibles de la situation des établissements sous CRE (Contrat de Retour à l'Equilibre).

Etablissements en Contrat de Retour à l'Equilibre

	2006	2007	2008	2009
Nbre Ets CRE	18	18	17	16
Déficits des Ets CRE	-14 689 501	-31 794 565	-32 326 368	-16 440 065
Excédents des Ets CRE	253 803	214 628	121 760	857 229
Résultats Cre cumulés	-14 435 697	-31 579 937	-32 204 608	-15 582 837

Source : Comptes financiers Cabestan

L'amélioration peut être appréciée de manière graduée selon la catégorie des établissements :

Les 2 CHU sont en déficit (leur déficit cumulé représente la moitié du déficit breton). A des degrés divers, les 2 établissements ont entrepris une démarche de retour à l'équilibre.

Les établissements de référence, à l'exception de St Malo, se trouvent en position favorable. Les règles de la T2A conjuguée à la masse critique atteinte par cette catégorie d'établissement les placent en position équilibrée, voire excédentaire.

Les établissements de proximité sont dans des situations variables: ceux qui ont maintenu un plateau chirurgical et obstétrical connaissent des difficultés financières très importantes, tandis que ceux qui ont une activité de médecine, voire de chirurgie programmée, (Quimperlé, Douarnenez) sont dans une position plus favorable.

Les établissements sous dotation globale (psychiatrie et SSR) sont globalement équilibrés.

En 2008 les résultats financiers des cliniques privées sont contrastés. Les cliniques Psychiatriques dégagent des résultats excédentaires. Par contre la situation des cliniques MCO est plus variée, quelques établissements sont déficitaires et si la majorité des cliniques dégagent des excédents, ceux-ci restent modestes.

Aspects organisationnels

Certains établissements sont face à des difficultés parfois cumulées: situation financière critique, qualité des soins menacée du fait notamment du manque de praticiens, niveau d'activité inférieur au seuil exigé pour garantir des conditions de fonctionnement optimales.

Certaines autorisations d'activité s'appuient effectivement sur des seuils qui permettent une approche objectivée du minimum d'activité nécessaire à la pratique de cette activité, dans une logique de qualité et d'efficacité. Le regroupement des compétences dans un domaine d'activités contribue à l'attractivité des plateaux techniques concernés pour les praticiens et les patients.

Les établissements publics comme privés développent des coopérations,

Fusions, coopérations en matière d'activités ou de moyens, regroupements de sites, réorganisations internes et directions communes sont mises en place sur l'ensemble des territoires de santé bretons (Cf. Annexe 1). Ces coopérations seront le fondement des futures communautés hospitalières de territoires publiques et des groupements de coopération sanitaire entre les secteurs public et privé.

... recherchent l'efficacité,

La contrainte de financement de notre système de santé rend d'autant plus nécessaire la recherche d'efficacité. Celle-ci peut se traduire par une plus grande productivité avec des coûts identiques, par des recherches d'économies reposant sur l'amélioration des organisations des ressources humaines. A titre d'illustration, une dynamique régionale sur les achats hospitaliers a été lancée avec la mise en place d'un réseau d'acheteurs hospitaliers et de groupements de commandes régionaux. Les gains économiques attendus sont ceux liés à l'harmonisation des pratiques et une recherche de la maîtrise des consommations, mais également à l'amélioration de la logistique (mutualisation des ressources humaines par des plateformes logistiques, diminution des risques liés à la gestion des stocks, mutualisation de la restauration ou de la blanchisserie, ...). Dans ce cadre, la mutualisation des plateaux techniques, des fonctions supports ou, plus globalement, des ressources, ainsi que l'amélioration de la qualité, car la non qualité a un coût, sont à poursuivre. D'autre part, en 2009, l'ARH a engagé une démarche de contractualisation vers le retour à l'équilibre (CRE) avec 16 établissements. Les CRE se traduisent principalement par des actions sur les dépenses (ex: maîtrise de la masse salariale, optimisation des dépenses logistiques...) et sur les organisations. Ainsi, au travers des CRE, des évolutions sont impulsées, pouvant conduire à des recompositions de l'offre de soins.

... développent le recours à la télé-médecine

C'est l'un des enjeux majeurs de l'organisation du système de soins pour les années à venir.

La télé-expertise, acte médical à distance entre deux médecins, est la forme de télé-médecine la plus développée dans la région. Elle s'illustre en particulier par des concertations pluridisciplinaires de spécialité en cancérologie ou des échanges d'images des services de radiologie. Le réseau Creben, mis en place en 2010, est le plus développé (avis neuroradiologique d'urgence notamment pour la détection d'AVC). Par ailleurs, la téléconsultation des patients fait l'objet d'une expérimentation (en psychiatrie, Etablissement Public de Santé Mentale 56 à Saint-Avé).

La télésurveillance, interprétation à distance d'indicateurs de suivi d'une maladie chronique, n'est pratiquée que dans le

cadre de la télé-dialyse dans le territoire de santé N7. La télé-assistance, assistance d'un médecin par un autre professionnel de santé est peu développée. Dans le champ médico-social, la télé-médecine est également un enjeu important pour le maintien à domicile des personnes âgées.

... s'impliquent dans des réseaux et filières de soins, Cf. partie 2.4 sur les réseaux.

...s'appuient sur la démarche qualité, élément fédérateur pour donner sens aux actions des établissements:

Certification: Si les établissements sanitaires bretons se sont fortement investis dans la certification, les marges de progrès existent: le taux d'établissements certifiés avec réserves est de 25.60% la Bretagne est donc dans une position plus défavorable puisque le taux moyen national est de 20%.

CBUM: Les contrats de bon usage des médicaments signés depuis 2006 avec tous les établissements MCO de la région ont aussi contribué à l'amélioration de la qualité des organisations et ont été source de rationalisation financière.

57 établissements sont signataires d'un Contrat de bon usage du médicament; l'évaluation annuelle des engagements souscrits par les établissements a montré en 2009 une meilleure intégration des CBUM dans la politique de l'établissement notamment sur le volet qualité-sécurité, une informatisation en cours dans toutes les structures, une dispensation nominative avec analyse de prescription

En outre, les travaux conjoints du comité régional du médicament et de l'Observatoire interrégional du Médicament et de l'Innovation Thérapeutique ont permis d'accompagner certaines régionalisations hospitalières.

GDR: D'autres actions régionales ont porté ces dernières années sur la gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Les résultats de ces analyses de la qualité et sécurité des soins ont constitué un levier pour faciliter les opérations de recomposition hospitalière.

Lutte contre les infections nosocomiales ce domaine s'étend à l'ensemble du parcours de soins et a fait l'objet d'une véritable prise de conscience. Une politique de sensibilisation des établissements de la région a été développée, privilégiant notamment la promotion d'organisations inter-établissements.

En 2008, 90% des établissements de santé de la région présentaient en la matière des résultats proches de la moyenne nationale (score ICALIN⁴⁶). Pour la période 2009-2013, un 3ème programme national de prévention des infections nosocomiales est mis en place (PROPIN). Il s'étend désormais aux établissements médico-sociaux et ambulatoires.

Coordination des risques et des vigilances: depuis 2008, une dynamique régionale et territoriale majeure est menée pour renforcer la coordination des risques et des vigilances. Ainsi, sous l'égide des conférences sanitaires de territoires, huit projets territoriaux ont été élaborés et peuvent permettre d'approfondir les réflexions sur certaines réorganisations hospitalières à mener.

... investissent.

Dans le cadre du Plan Hôpital 2012 favorisant la modernisation des établissements, l'accompagnement financier concerne des opérations de rénovation immobilière (7 projets) ou le développement des systèmes d'information (13 projets: informatisation des blocs opératoires, dossier du patient, informatisation du parcours de soins, ...).

⁴⁶ Indice Composite d'Activité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Premier bilan du SROS

Le taux de mortalité prématurée évitable place la région dans une situation très défavorable par rapport au niveau national (Cf. diagnostic état de santé de la population bretonne).

Les priorités de santé publique en Bretagne

- Santé mentale et addictologie

La Bretagne a des indicateurs particulièrement mauvais dans ce domaine, tant en taux de suicide qu'en consommation de toxiques, avec une progression de la consommation inquiétante chez les jeunes.

Le passage du concept de psychiatrie à celui de la santé mentale a fait évoluer les modes de prise en charge. Dans la continuité des restructurations engagées, ceux-ci se sont orientés ces dernières années vers l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours, l'adaptation des prises en charge aux besoins et populations spécifiques, la diversification des prises en charges et le développement de la qualité des soins. Des efforts importants ont également été menés pour diminuer le taux d'équipement en hospitalisation complète très important dans cette discipline au profit des alternatives.

L'enjeu est de structurer la fluidité des parcours, de compléter le panel d'offre pour des prises en charge plus adaptées, et de se centrer sur les programmes prioritaires de la région (addiction, dépression, suicide). Cela reposera sur une bonne coordination entre services sanitaires et médico-sociaux.

- Cancérologie

En Bretagne, l'incidence des cancers est en progression, avec une nette prédominance masculine. De nouvelles dispositions réglementaires et un ensemble de critères de qualité portés par l'Institut national de Cancérologie (INCA) visent à améliorer la qualité des prises en charge. Ainsi, les autorisations d'activité de chirurgie carcinologique ont été revues en 2009, avec une baisse du nombre de sites autorisés ; les sites autorisés pour la réalisation de la chimiothérapie doivent désormais répondre à des critères précis, certains sites sont devenus sites associés.

8 centres sont autorisés pour la pratique de la radiothérapie.

- Pathologies vasculaires

La fréquence des pathologies vasculaires, leur gravité et la surmortalité régionale en font une priorité (maladies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux). En Bretagne, la couverture des besoins est bonne : amélioration des prises en charge spécifiques, couverture régionale des besoins satisfaisante. On constate un dynamisme des acteurs hospitaliers et libéraux : fonctionnement en réseau, mise en place de dispositifs inter-territoriaux, voire régional ou interrégional. Cependant un point d'attention doit être porté à la démographie médicale, fragile en cardiologie, et au développement de la prévention, encore insuffisante. En perspective, le développement des activités interventionnelles en cardiologie, l'organisation de la prise en charge des cardiopathies congénitales, la gradation de la prise en charge des troubles du rythme seront mis en œuvre. Le développement de la téléimagerie, déjà amorcé en cardiologie, sera poursuivi.

- Insuffisance rénale chronique

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) repose sur un bon niveau d'équipement mais doit être plus précoce et décloisonnée

Les différentes modalités de traitement sont disponibles sur l'ensemble des territoires. En particulier, plus de la moitié des patients vivent avec un greffon rénal fonctionnel, ce qui situe la Bretagne dans les toutes premières régions pour le recours à la greffe, position qu'il importe de maintenir en poursuivant le développement de la greffe rénale. Des marges de progression sont possibles dans le développement de la dialyse péritonéale, méthode très inégalement développée selon les territoires. Le nombre de patients pris en urgence (environ 25%) témoigne d'un diagnostic et d'une prise en charge trop tardifs de l'IRC. La prise en charge précoce de l'IRC doit se faire dans une approche plus globale du risque vasculaire.

L'amélioration des conditions de prise en charge, déjà amorcée, doit être poursuivie via le recours à l'éducation thérapeutique. Par ailleurs, les principales causes de la maladie (diabète, maladies vasculaires...) et le vieillissement de la population font craindre une poursuite de la progression du nombre de patients. La télémédecine pourrait contribuer à plus de proximité, de sécurité et à pallier la pénurie des néphrologues.

La prise en charge des populations les plus vulnérables

- personnes âgées

La région a une population plus âgée que la moyenne nationale, et aura à répondre à l'adaptation de l'offre de soins. La prise en charge des personnes âgées repose sur des filières de soins gériatriques

La prise en charge des personnes âgées en Bretagne repose principalement sur l'organisation de filières de soins réparties sur tous les territoires de santé, à partir d'établissements référents (Cf. focus sur les filières gériatriques partie 3).

La mise en place du Plan Alzheimer 2008-2012 a conduit à la mise en place fin 2009 de 23 consultations mémoire, de 6 unités cognitivo-comportementales dans les soins de suite des services hospitaliers et de 6 unités d'hospitalisation renforcées (projet en cours). Ces dispositifs devront être confortés mais devront surtout être intégrés à des filières de soins gériatriques globales sanitaires et médico-sociales, sur chaque territoire de santé.

Par ailleurs, la Bretagne dispose d'un taux d'équipement en unités de soins de longue durée de 5.34 lits (recommandation nationale : 6 lits) pour 1000 habitants de plus de 75 ans.

- enfants et adolescents

Les progrès dans la prise en charge de la périnatalité s'appuient sur le dynamisme des réseaux

Comme prévu dans le dernier plan périnatalité, on constate en Bretagne, « plus d'humanité » (entretien prénatal précoce, amélioration de l'environnement psychologique, de la prise en charge des personnes en situation de précarité et du risque de handicap chez le nouveau-né...), « plus de proximité » (mise en place de réseaux de santé en périnatalité, de 5 centres périnataux de proximité...), « plus de sécurité » (passage de 43 sites d'accouchement à 26, gradation en niveau des maternités, travail sur l'organisation des transports néonataux, reconnaissance de deux services de réanimation pédiatrique) et « plus de qualité » (actions de formation, élaboration de protocoles communs...). Au-delà de la poursuite des efforts réalisés, il est envisagé de définir des filières de soins pour le suivi des grossesses à bas risque impliquant plus les professionnels de santé libéraux, de mieux organiser les lieux de naissance (moins médicalisation des grossesses à bas risque, poursuite des regroupements de certaines structures, plus grande attention à la prise en charge des troubles de la parentalité), mieux coordonner les différents professionnels de santé de la petite enfance après la naissance.

La prise en charge des enfants et adolescents repose sur des approches par problème de santé ou par structure de soins

Certains problèmes de santé sont spécifiques à l'enfance et l'adolescence. En particulier les troubles de l'apprentissage, les troubles comportementaux, les troubles de conduites alimentaires, la souffrance psychique des adolescents qui font l'objet d'une forte demande de prise en charge précoce. L'enjeu est ici de coordonner les nombreux acteurs concernés pour la construction de parcours de soins.

Par ailleurs, dans les structures de soins, la prise en charge des enfants et adolescents se caractérise par le recours à des personnels médicaux spécialisés dans le domaine de l'enfance d'une part et, d'autre part, la participation des parents. En dehors des services pédiatriques, le processus d'intégration de ces problématiques est en cours pour certaines structures de soins (réanimation, SSR, transports). Par ailleurs les 2 CHU ont une autorisation spécifique pour les urgences pédiatriques. Une réponse régionale aux problèmes de l'anorexie mentale doit être recherchée.

- Les détenus

La prise en charge des personnes détenues est perfectible.

L'état de santé de cette population jeune se caractérise par une grande fréquence des pathologies mentales, un cumul des consommations à risque pour 30% des détenus et un état bucco-dentaire très dégradé. On constate aujourd'hui un sous-dimensionnement de l'offre dentaire, l'accès difficile à des soins spécialisés (la télémédecine pourrait améliorer la situation), des conditions d'hospitalisations inadéquates particulièrement en psychiatrie et une insuffisante continuité des soins à la sortie des détenus.

Les plateaux techniques

- Chirurgie

La chirurgie se caractérise par un contexte de restructuration/coopération afin d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques et de prendre en compte la démographie des professionnels. Même si la situation régionale est bonne, des fragilités locales subsistent

Une démarche de benchmarking des blocs opératoires a concerné 36 sites géographiques et mobilisé 80 % des établissements bretons ayant un plateau technique. Cette analyse des taux d'occupation des salles d'opération doit aider les établissements à mener les réflexions nécessaires à certaines évolutions de l'offre de soins hospitalière dans le sens d'une mutualisation des plateaux techniques.

- Imagerie

Un certain nombre d'établissements publics affiche un déficit de radiologues, provoquant des tensions sur la continuité et la permanence des soins. Les enjeux portent sur les coopérations avec le privé, et le développement de la télé-imagerie dans le cadre de la télé-médecine.

En matière d'équipements lourds, la Bretagne se situe dans la moyenne nationale ; le recours à l'IRM reste cependant très en-deçà des autres pays européens, avec un accroissement régulier des indications. Une réflexion régionale est en cours sur l'adaptation de l'offre aux nouveaux besoins (scanners, IRM, Tomographes à émission de positons).

- Réanimation

Le schéma régional a prévu, notamment face aux contraintes de la démographie médicale, une véritable réorganisation du dispositif et des capacités pour les activités de réanimation, de soins intensifs, et de surveillance continue. Les soins sont gradués autour d'une unité de réanimation pour 7 des 8 centres de référence et plusieurs unités de surveillance continue (USC), attenantes aux services de réanimation ou autonomes. Actuellement les capacités des USC sont encore insuffisantes au regard de la réglementation dans certains établissements, expliquant pour partie la saturation des lits de réanimation. Les enjeux pour les années à venir sont l'installation de la totalité de ces lits, la réévaluation du dispositif en place et l'adaptation aux besoins, ainsi qu'à la diminution du nombre de professionnels médicaux.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

- Chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire, insuffisant en Bretagne malgré les efforts menés depuis 2008, est une priorité, un objectif d'efficacité et de qualité.

La France, et particulièrement la Bretagne accusaient un retard certain dans la pratique de la chirurgie ambulatoire, substitutive de l'hospitalisation complète. Depuis quelques années, on assiste à un fort développement de cette pratique, en partie lié à une politique volontariste dans le domaine. Dans la région, le taux de pratique pour les 17 « gestes marqueurs », atteint désormais 69.5% en 2009 (54.2% en 2008), après une augmentation amorcée en 2006, accélérée depuis 2008. Si ce taux est désormais très proche dans les établissements publics et les établissements privés, il varie encore de façon très importante selon les actes et les établissements, et reste inférieur aux objectifs fixés au niveau national, de 85%.

- Hospitalisation à domicile

Malgré un doublement de l'offre entre 2007 et 2009 et une politique volontariste en la matière, la Bretagne reste en retard en matière d'hospitalisation à domicile (HAD). Toutes les structures autorisées ne sont d'ailleurs pas encore installées. Dans les années à venir, il faudra mieux faire connaître l'HAD, mieux maîtriser le dispositif et mieux le coordonner avec le médico-social mais aussi l'ambulatoire.

Autres volets du SROS, et SIOS

- SSR

Le champ des soins de suite et réadaptation (SSR) représente un secteur stratégique de l'offre de soins entre l'hospitalisation en court séjour et le retour vers le médico-social, l'Unité de soins de longue durée (USLD) ou le domicile.

Son développement est continu de par l'augmentation des besoins liés aux maladies chroniques, le vieillissement de la population, la diminution des séjours en MCO. Les patients en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel restent insuffisamment pris en charge en soins de suite, et restent de façon inappropriée dans les services de court séjour.

Suite à la parution de nouveaux décrets, les autorisations ont été revues en 2010 et ont permis la distinction entre soins de suite polyvalents et spécialisés. Les enjeux portent sur l'adéquation des patients à la structure, la réponse aux besoins non satisfaits (états végétatifs chroniques), aux besoins nouveaux (cardiovasculaires, respiratoires) et la médicalisation des structures dans un contexte financier contraint.

- Soins palliatifs

Priorité régionale depuis 2000, la prise en charge des soins palliatifs s'est structurée autour d'un dispositif gradué et équilibré sur le territoire. A ce jour on compte 11 unités de soins palliatifs (USP) pour 92 lits, 195 lits identifiés en soins palliatifs (LIPS), 11 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), 8 réseaux de soins palliatifs ; les HAD réalisent 40% de leur activité pour cette prise en charge. Un programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 prévoit le doublement de la prise en charge en structure de soins palliatifs et l'ouverture du dispositif aux structures non hospitalières (médico-social et domicile).

- Médecine

La réponse aux besoins est satisfaisante quantitativement. Des décrets sont attendus, qui devraient amener les établissements à développer des alternatives à l'hospitalisation complète. La complémentarité entre établissements, notamment en termes de spécialisation, sera à privilégier. L'activité de médecine dans les ex-hôpitaux locaux reste un enjeu de l'offre.

- SIOS

Certains types d'offre sont organisés en inter-région : la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, les greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, la prise en charge des brûlés. L'inter-région Grand-Ouest comporte la Bretagne, les Pays de Loire, le Centre et le Poitou-Charente. Le SIOS vient de faire l'objet d'une révision ; les enjeux portent désormais en particulier sur les coopérations inter-établissements et inter-régions.

2/ OFFRE DE SOINS

1.3. Permanence des soins/Urgences

Les Urgences.

Des réalisations et des progrès

Il importe de distinguer urgences vitales d'une part (la vie du patient est en danger) et urgence ressentie d'autre part (besoin d'une réponse rapide à un problème médical).

Pour les urgences vitales, le territoire breton est couvert de manière satisfaisante (Cf. carte ci-après), même si quelques zones notamment rurales nécessitent un système de transport sans faille.

D'autre part, le mouvement de concentration des plateaux techniques renforce le besoin d'une organisation efficace des transports sanitaires. L'organisation territoriale est globalement adaptée aux besoins en implantations et en accessibilité pour les SAMU⁴⁷ (1 par département) et les structures d'urgences. Les implantations des SMUR⁴⁸ sont inégalement réparties sur le territoire régional, au profit du Finistère.

Pour les urgences ressenties, il s'agit plutôt d'une nécessité de pouvoir accéder à une offre de consultations de proximité combinant mobilisation de la médecine libérale et organisation adaptée des structures d'urgences.

Des efforts sont réalisés en matière d'orientation et de régulation en amont ou au niveau des urgences.

Des actions en faveur de l'amélioration de la régulation sont ainsi menées : plateforme de réception des appels, centre de régulation unique départemental au niveau des établissements sièges de SAMU dans chaque département de la région : CHU de Rennes, CHU de Brest, CH Bretagne Atlantique de Vannes et le CH de Saint-Brieuc, régulation mixte libérale et hospitalière.

Il faut par ailleurs noter un souci d'amélioration de l'organisation des filières de soins pour l'orientation des patients (installation d'Unité d'Hospitalisation de très courte durée, d'Infirmiers d'accueil et d'orientation) et un accueil des populations spécifiques (Personnes âgées, enfants et adolescents, troubles psychiatriques).

Du point de vue de la coordination des acteurs, la mise en place du réseau régional des urgences (RRU) est effective depuis 2008.

Le système d'information se renforce : l'informatisation des SAMU est en cours (mesure 16 du plan national urgences) tandis que les travaux en inter-région Bretagne-Pays de Loire sur la mise en place d'un observatoire régional des urgences et d'un répertoire opérationnel des ressources (mesure 15 du plan national urgences) sont lancés. Les Résumés de Passages aux Urgences (RPU)

⁴⁷ SAMU : Services d'Aide Médicale Urgente; ce sont des services hospitaliers qui assurent une écoute médicale permanente, déterminent et déclenchent dans les délais les plus brefs la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel: (conseil médical, ambulance privée, médecin généraliste, ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière), véhicule d'intervention rapide ou hélicoptère sanitaire pour les cas les plus graves. Les SAMU sont nés en 1968 pour coordonner l'activité des SMUR. Les SAMU comportent un centre de régulation médicale des appels.

⁴⁸ SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation attachés aux hôpitaux (créés en 1965).

se déploient (40% des établissements transmettent des RPU, 70% d'ici fin 2010).

Des référentiels ont permis de définir l'intervention des différents acteurs dans le domaine du transport, notamment celui concernant la mise en œuvre du référentiel SAMU transports sanitaires. Localement des conventions bi ou tripartites ont été signées permettant ainsi de définir, le rôle et la complémentarité des SAMU, des SDIS et des transporteurs sanitaires privés. Elles sont en cours de renégociations au regard du nouveau référentiel du 9 avril 2009. La mise en place de logiciels de gestion des appels ambulanciers a eu pour objectif de mieux réguler l'appel des SAMU afin de réduire les indisponibilités, de répondre aux besoins spécifiques et de clarifier les types de transports.

...mais des difficultés récurrentes

Malgré des efforts sur l'orientation en amont, les axes de progrès demeurent importants.

L'engorgement des SAMU/SMUR/urgences reste en effet non résolu, voire s'accroît avec la poursuite de l'augmentation d'activité : +5 à 10% annuellement. Le taux d'hospitalisation suite à passage aux urgences est quant à lui passé de 25% à 33% en 5 ans.

L'organisation des services d'urgences et la coordination des urgences avec la permanence des soins libérale, notamment au travers de la régulation et de l'orientation des patients reste perfectible.

La Permanence des Soins Libérale

Principes et acteurs

La permanence des soins libérale vise à offrir à tous les patients, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux, une réponse adaptée à une demande de soins urgents, mais ne nécessitant pas l'utilisation de moyens lourds d'intervention. Elle est fondée sur la participation de différents professionnels de santé et transporteurs sanitaires, la sectorisation du territoire en secteurs de garde et sur l'obligation d'une régulation préalable par le Centre 15.

Parmi les acteurs de santé libéraux participant au dispositif il faut mentionner 4 associations départementales de la permanence des soins des médecins généralistes, 18 maisons médicales de garde (MMG), les médecins de ville (1 sur 2 avant minuit, le dimanche et les jours fériés ; 1 sur 4 après minuit), l'association SOS Médecins dans les grandes villes excepté Saint-Brieuc, les pharmaciens d'officine, les transporteurs sanitaires et de manière expérimentale, des kinésithérapeutes sur Brest et des infirmiers sur l'île Molène.

Une sectorisation différente selon les professionnels

Concernant les secteurs de garde des médecins, on dénombre avant minuit: 140 secteurs de garde répartis ainsi : Côtes d'Armor : 18 ; Morbihan : 24 ; Ille et Vilaine : 43 ; Finistère : 55. Après minuit, on trouve 131 secteurs de garde, l'Ille et Vilaine réduisant son nombre de secteurs de 43 à 34 secteurs.

En région Bretagne, on dénombre 49 secteurs de garde ambulancière avec la participation de 331 transporteurs.

Enfin les pharmaciens d'officine disposent également de leur propre sectorisation.

Ces différentes sectorisations ne sont pas nécessairement de nature à simplifier la coordination des acteurs et l'orientation du patient.

L'activité des médecins est concentrée les dimanches et jours fériés (Cf. cartes ci-après)

Sur les 275 000 actes réalisés durant les heures de fermeture des cabinets de ville, 60% sont réalisés les dimanches et jours fériés, 28% avant minuit et 12% après minuit.

77 % l'ont été par des médecins généralistes libéraux (soit environ 200 000 actes), 23 % par SOS médecins (41 % en deuxième partie de nuit).

Plus de la moitié de ces actes a été réalisée par des médecins qui n'ont pas bénéficié d'une astreinte⁴⁹. Les raisons peuvent être multiples : astreinte non demandée, garde sur des horaires différents des textes, activité de cabinet majorée car réalisée après 20h00, garde de patientèle ...

Si le nombre d'actes par astreinte est relativement homogène d'un département à l'autre avant minuit, il est nettement supérieur aux autres départements après minuit dans le Finistère pour être quasiment nul dans les Côtes d'Armor.. (cf. cartes avant et après minuit).

Le nombre moyen d'actes réalisés par astreinte est de l'ordre de 1,7 avant minuit et de 0,4 après minuit.. Les dimanches et jours fériés, le nombre moyen d'actes réalisés augmente pour atteindre 19 actes.

Concernant le taux de participation des médecins généralistes (ne sont pris en compte que les médecins ayant bénéficié d'une astreinte), un sur deux participe avant minuit à la permanence des soins, un sur quatre après mais les disparités départementales sont importantes en dehors des dimanches et jours fériés, allant de 48% (Finistère) à 67% (Côtes d'Armor) avant minuit et de 4% (Côtes d'Armor) à 42% (Morbihan) après minuit.

Le coût de la permanence des soins libérale des médecins et des transporteurs sanitaires privés

En 2008, le coût de la permanence des soins des médecins généralistes s'élevait à 19,6 millions d'euros. En 2007, 10,7 millions d'euros étaient consacrés à la garde ambulancière.

De nombreux axes de progrès communs à ceux des urgences : optimisation de la régulation, amélioration de la coordination des acteurs, meilleure information des patients, efficacité du dispositif.

La Permanence des Soins hospitalière (Cf. carte ci-après)

L'accueil et la prise en charge des patients nécessitant des soins urgents au sein d'une structure de soins la nuit, le week-end et les jours fériés (à différencier de la continuité médicale des soins, des activités non programmées de jour et de la permanence des soins ambulatoires) fait l'objet d'une réflexion régionale afin d'assurer sur tous les territoires un accès aux activités de soins autorisées, tout en optimisant la ressource médicale et en favorisant l'efficacité du dispositif. Est prévue, en concertation avec les acteurs, la mise en place d'un schéma d'organisation-cible tenant compte des besoins par spécialité et des contraintes réglementaires. La permanence des soins hospitalière est désormais une mission de service public.

⁴⁹ Astreinte : présence du médecin libéral à son domicile pour répondre aux appels et, le cas échéant, se déplacer pour le soigner.

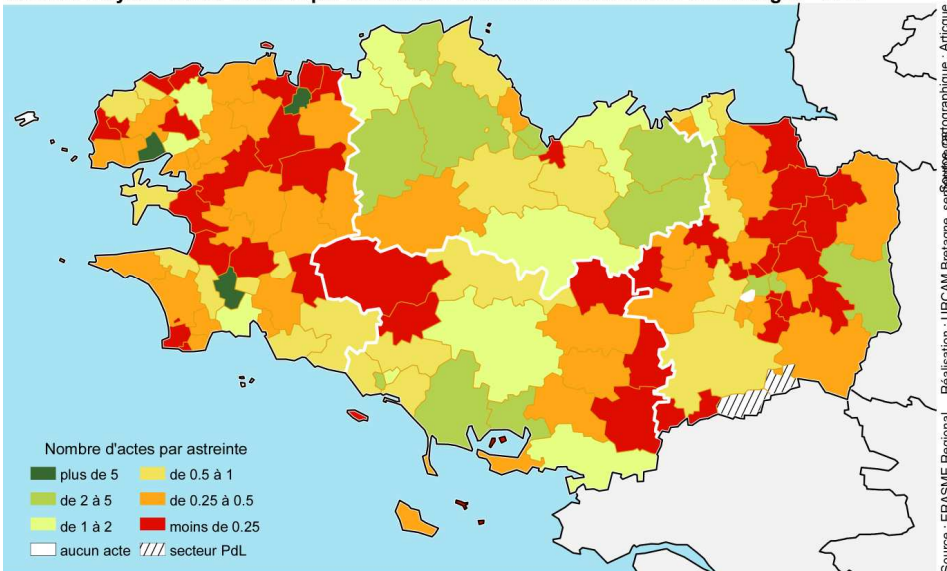
OFFRE DE SOINS

Urgences et permanence des soins

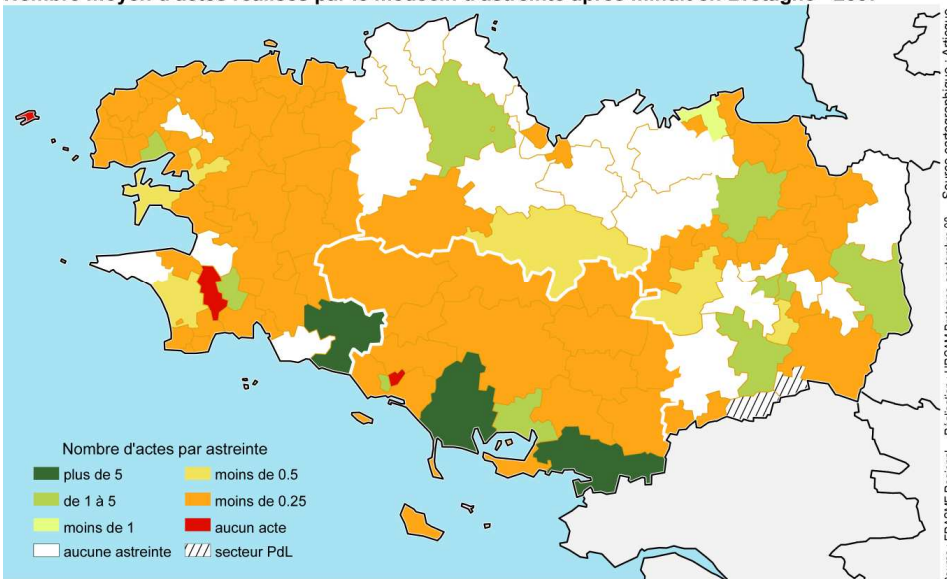
Implantation des Sites d'Urgence, des Maisons Médicales de Garde et de SOS Médecins en Bretagne



Nombre moyen d'actes réalisés par le médecin d'astreinte avant minuit en Bretagne - 2007



Nombre moyen d'actes réalisés par le médecin d'astreinte après minuit en Bretagne - 2007



2/ OFFRE DE SOINS

1.4. Réseaux

Avec le soutien conjugué des institutions régionales, les réseaux de santé se sont développés de manière significative en Bretagne depuis une dizaine d'années.

Encouragés par la création de fonds dédiés à la coordination et la qualité des soins (fonds d'aide à la qualité des soins de ville, dotation de développement des réseaux, fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), les promoteurs médicaux d'origine libérale et hospitalière ont porté de nombreux projets de réseaux de santé dans le cadre fixé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Un outil au service de la transversalité

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. Ils se fondent sur la coopération des professionnels du domaine sanitaire en articulation avec les acteurs médico-sociaux et sociaux.

Les réseaux ont vu le jour par thématique de santé, conformément à la logique portée par les circulaires ministérielles et les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Aucun réseau polyvalent n'a été créé même si certains réseaux thématiques de proximité souhaitent étendre progressivement leur champ d'intervention. Les modalités de fonctionnement diffèrent d'un thème à l'autre mais ils ont tous en commun de fédérer des professionnels soucieux d'apporter un meilleur service aux patients et, le plus souvent, de répondre aux besoins des professionnels de premier recours face aux cas les plus complexes.

Au 30 juin 2010, l'ARS Bretagne finance, à hauteur de 9,3 M€ annuels, 45 réseaux de santé sur différentes thématiques : 7 en Cancérologie, 4 en Périnatalité, 5 sur le Diabète, 2 dans le domaine cardiovasculaire, 7 sur les Personnes âgées, 8 en Soins palliatifs, 4 sur les Adolescents, 9 Autres (addictologie, handicaps, neurologie, soins dentaires spécifiques, troubles de l'apprentissage, insuffisance respiratoire, patients migrants).

En 2009, on décompte 67 000 patients pris en charge par des réseaux.

59 000 usagers bénéficient des services des réseaux en cancérologie (21 000) et en périnatalité (38 000) qui coordonnent notamment les activités des établissements. Hors périnatalité et cancérologie, le nombre de patients recensés dans les réseaux s'élève à 8 000 personnes⁵⁰.

Des territoires d'intervention différenciés

4 réseaux ont une aire d'intervention régionale, 10 réseaux ont une aire départementale et 31 une aire infra départementale (dont 17 territoires de santé et 14 aires pluri-cantonales).

La répartition départementale des sièges des réseaux est globalement conforme à la distribution de la population bretonne avec 8 sièges dans les Côtes d'Armor, 12 dans le Finistère, 15 en Ille et Vilaine et 10 dans le Morbihan.

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.

Les évaluations triennales des réseaux permettent de cibler des points forts ...

Malgré leurs limites méthodologiques, les évaluations permettent de souligner la qualité de la majorité des organisations.

La mise en place et le suivi de Plans Personnalisés de Santé en lien formel avec les médecins traitants sont organisés progressivement.

...et les axes de progrès.

Les réseaux sont des modes de prise en charge particuliers et ils ne permettent pas actuellement de suivre un nombre très élevé de patients. Il a dû ainsi être mis fin au financement de 3 réseaux dont la montée en charge s'était avérée insuffisante.

Le suivi formalisé des différents patients et selon des modalités qui varient d'un réseau à l'autre peut constituer un frein pour certains professionnels de santé.

La logique de mutualisation de moyens fait l'objet d'une réflexion au sein des réseaux de santé bretons mais elle trouve ses limites dans l'objet et le mode de fonctionnement différents de chaque dispositif. Les instructions en faveur d'un appui renforcé aux médecins traitants devraient toutefois contribuer à harmoniser les objectifs et faciliter la recherche commune d'une meilleure efficacité.

Dans cette phase d'évolution, le besoin d'accompagnement stratégique et méthodologique est fort.

Les réseaux de cancérologie en Bretagne



Les réseaux de périnatalité en Bretagne

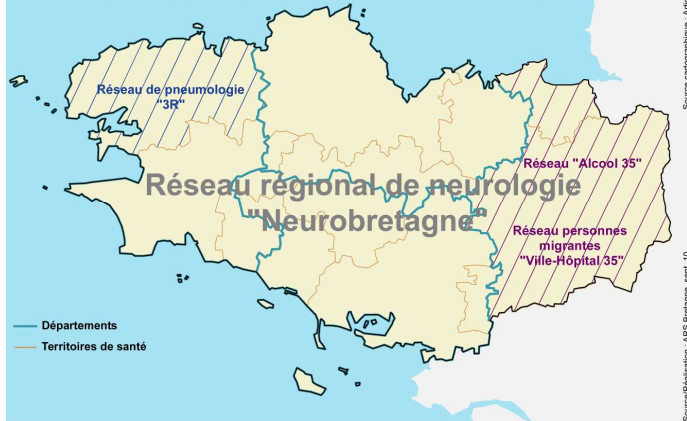


Les réseaux de diabétologie en Bretagne

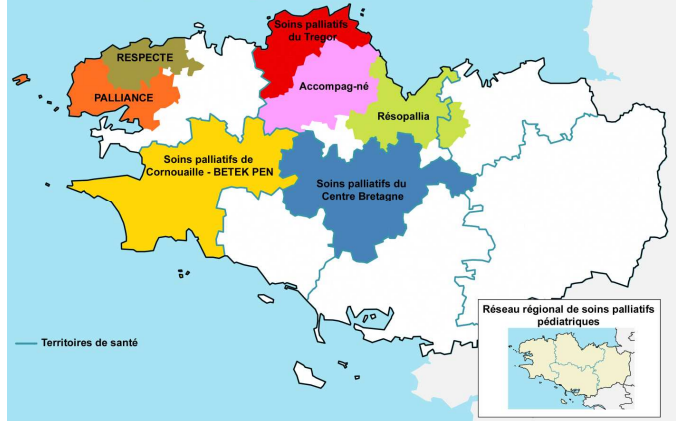


⁵⁰ Source: Rapports annuels d'activité des réseaux pour 2009

Les réseaux de pneumologie, neurologie, addictions et personnes migrantes en Bretagne



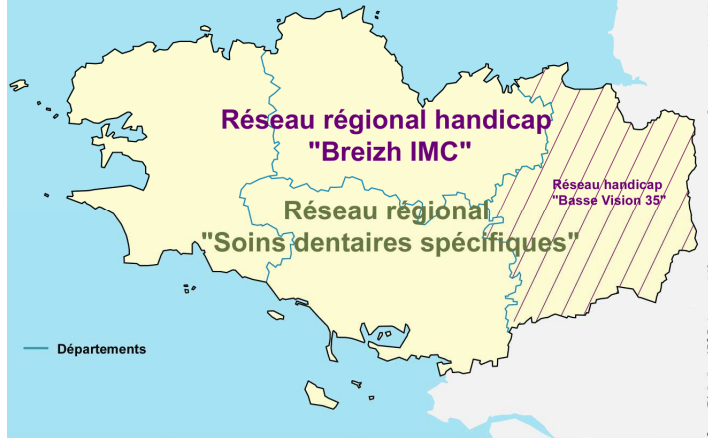
Les réseaux de soins palliatifs en Bretagne



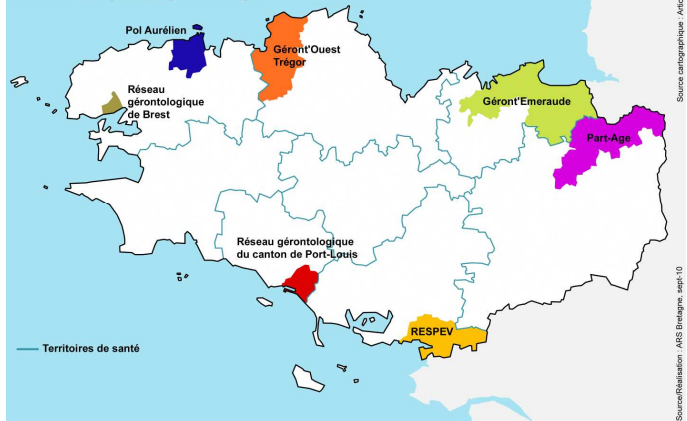
Les réseaux sur le risque vasculaire en Bretagne



Les réseaux "Handicaps et Dépendances" en Bretagne



Les réseaux de gérontologie en Bretagne



Les réseaux "adolescents" et troubles de l'apprentissage en Bretagne



3/ OFFRE MEDICO-SOCIALE

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Prise en charge et accompagnement du handicap

Handicap

Etat des lieux

Même si certains besoins attendent une réponse adaptée, le taux d'équipement en établissements et services est globalement satisfaisant (Cf. tableaux ci-dessous).

Au regard de la moyenne nationale, le taux d'équipement des ESMS⁵¹ pour personnes handicapées est satisfaisant. Ainsi, en 2008, concernant les adultes, le taux d'équipement⁵² en France en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) est de 0.60 et de 0.59 en Bretagne en 2008 (0.59 en 2010) ; concernant les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), le taux d'équipement national est de 0.42 et 0.80 en Bretagne (0.87 en 2010). Le taux d'équipement en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) est de 3.73 en Bretagne pour une moyenne nationale de 3.26.

Taux d'équipement en établissements pour adultes handicapés (par catégorie d'établissement : lits/places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans au 01.01.2008)

Equipements	Départements				Total Région Bretagne	France métropolitaine
	22	29	35	56		
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	1,36	0,25	0,43	0,64	0,59	0,60
Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	0,82	0,89	0,60	0,96	0,80	0,42
Foyer de vie	1,43	1,16	1,36	0,97	1,23	1,17
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	3,76	3,94	3,59	3,64	3,73	3,26

Source : DRASS – FINESS

Bien que satisfaisante, la situation bretonne est un peu moins favorable pour les établissements et services pour enfants handicapés. Le taux d'équipement national était en 2008 de 8.90 et de 8.80 en Bretagne (8.75 en 2010).

Taux d'équipement en établissements pour enfants handicapés (lits/places en établissements d'éducation spéciale au 01.01.2008)

Equipements	Départements				Total Région Bretagne	France métropolitaine
	22	29	35	56		
Déficients intellectuels	573	844	976	633	3 026	61 566
Polyhandicapés	68	73	89	90	320	7 533
Déficients psychiques	45	239	208	90	582	16 214
Déficients moteurs	40	79	78	50	247	6 973
Déficients sensoriels	136	24	205	77	442	7 674
Autres déficiences (1)	33	16	0	0	49	2 993
Taux d'équipement global en lits-places d'enfants handicapés/1000 jeunes de moins de 20 ans 2008	10,57	8,74	8,49	7,91	8,80	8,90
Actualisation Taux d'équipement en 2010	10,38	8,69	8,41	8,05	8,75	

Source : DRASS – FINESS

Néanmoins, nous pouvons observer des disparités de taux d'équipement entre les quatre départements bretons. Ainsi, l'Ille et Vilaine et le Finistère présentent un taux d'équipement en MAS en dessous de la moyenne nationale (0.43 et 0.25 contre 0.60) compensé, notamment pour le Finistère, par un taux d'équipement en FAM très au dessus de la moyenne nationale (0.89 contre 0.42). Concernant les ESMS pour enfants, le département du Morbihan est en dessous de la moyenne nationale (7.91 contre 8,90). Ce constat est à nuancer : en 2010, cet écart semble se réduire pour le Morbihan (passage de 7.91 à 8.75), tandis que l'Ille et Vilaine et le Finistère sont en dessous de la moyenne régionale.

Les écarts d'équipements entre départements, voire en intra-départements s'expliquent notamment par des reconversions, dans certains territoires, de places sanitaires en places médico-sociales mais aussi par des dynamiques associatives extrêmement diverses.

Concernant la part des services, en relais de la politique Nationale, la Bretagne a développé une politique d'accompagnement à domicile des adultes et des enfants handicapés à travers l'augmentation du nombre de places en services. Ce pourcentage est de 40% en 2010⁵³.

Places en établissements et services -Handicap (2010)

ADULTES	Départements				Région
	22	29	35	56	
Places en établissements (FAM/MAS)	612	605	566	591	2374
Places en services (SAMSAH)	483	739	840	425	2487
Rapport services/établissements	44%	55%	60%	42%	51%

ENFANTS	Départements				Région
	22	29	35	56	
Places en établissements	896	1254	1490	944	4584
Places en services (SESSAD)*	496	576	699	486	2257
Rapport services/établissements	36%	31%	32%	34%	33%

→ Total part des services dans l'équipement global : 40%

Source : DRASS – FINESS

Cependant, même si le taux d'équipement en établissements et services en Bretagne sont satisfaisants on relève une difficulté d'adéquation de certaines populations aux agréments des établissements qui les accueillent et un problème concernant la fluidité des parcours des personnes handicapées.

⁵¹ ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

⁵² Taux d'équipement adultes : lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans – taux d'équipement enfants : lits ou places installées pour 1000 jeunes de moins de 20 ans.

⁵³ Le rapport services /établissements est calculé à partir du rapport suivant : SAMSAH /FAM/MAS pour les adultes et SESSAD/Places en établissements enfants pour les enfants.

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Prise en charge et accompagnement des personnes âgées

On constate un manque de fluidité des parcours des enfants et adultes handicapés

Ce manque de fluidité concerne, dans un premier temps, le parcours au sein des structures médico-sociales. En effet, nous observons en Bretagne un nombre très important de jeunes adultes de plus de 20 ans (dit sous amendement Creton) restant en établissements pour enfants faute de places en ESMS⁵⁴ pour adultes handicapés. Au 31.12.09, on pouvait ainsi comptabiliser 377 jeunes sous amendement Creton en région, la plupart d'entre eux ayant une orientation en ESAT⁵⁵ ou Foyer de vie.

Nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants

DPT Orientation	MAS	FAM	ESAT	FV/ FOA/FH	En cours ⁵⁶	TOTAL
Côtes d'Armor	19	5	43	26	/	93
Finistère	14	12	38	27	10	101
Ille et Vilaine	8	9	49	7	0	73
Morbihan	27	11	32	30	10	110
BRETAGNE	68	37	162	90	20	377
	18%	10%	43%	24%	5%	

Source : ARS Bretagne, 2009.

Les deux principales explications de cette situation sont les suivantes :

-l'âge d'entrée en institution pour enfants est de plus en plus tardif (maintien maximal en milieu ordinaire) ce qui complexifie la préparation aux projets de sortie d'établissement,
- suite à l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées, on observe en ESAT et en Foyer de vie, une population plus âgée qui ne trouve pas de solution en structures pour personnes handicapées vieillissantes, celles-ci étant peu nombreuses en Bretagne. L'offre de places en ESAT et Foyer de vie devient donc assez rare.

Même si la réglementation actuelle permet aux établissements de percevoir un budget spécifique au regard du nombre de jeunes sous amendement Creton, la recherche de solutions pour l'amélioration de cette situation reste régnante.

Au-delà des parcours au sein des structures médico-sociale, le manque de fluidité concerne aussi les articulations des prises en charge sanitaires et médico-sociales pour l'ensemble des personnes handicapées et plus particulièrement pour les personnes présentant des troubles psychiques (manque d'interactions structurées entre les équipes, obstacles aux allers-retours, etc).

Les solutions sont encore peu nombreuses pour prendre en compte la spécificité du vieillissement de la population handicapée. Comme cela est posé dans le diagnostic de l'état de la santé de la population bretonne, le vieillissement des personnes handicapées constitue une évolution importante. Cette tendance implique la recherche de solutions adaptées. Si les différents acteurs ont commencé à se saisir de cette problématique, les réponses sont encore à développer. Les Conseils Généraux ont dans leurs schémas Handicap, souligné ce problème et engagé les gestionnaires d'établissements à envisager de nouveaux types d'accueil pour cette population. Néanmoins, les solutions sont peu nombreuses en Bretagne, les personnes handicapées vieillissantes restant alors en ESAT, en Foyer de vie ou en FAM. Une réflexion plus active sur ce sujet mérite d'être menée.

Evolutions prévisibles

Le renforcement de la qualité de la prise en charge et l'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs d'autonomie et d'intégration des personnes handicapées.

Un dispositif réglementaire rendra obligatoire l'évaluation interne et l'évaluation externe des ESMS. En s'appuyant sur les recommandations de l'ANESM, la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement devra être une finalité importante des établissements et une exigence de l'ARS.

Le développement des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens : un dispositif réglementaire devrait rendre obligatoire la signature de CPOM⁵⁷ pour certains gestionnaires. Cette exigence permettra notamment d'impulser les coopérations et les partenariats entre associations.

La poursuite de la politique d'accompagnement à domicile et en milieu ordinaire : La Loi du 11 février 2005 a renforcé l'objectif d'intégration scolaire des enfants handicapés. Cependant, la situation est encore perfectible, ce qui suppose aujourd'hui l'instauration d'échanges réciproques et réguliers entre les acteurs du domaine sanitaire et social et l'éducation nationale.

Le renforcement de l'étude et de l'observation : Le recensement de besoins nouveaux sur le territoire au regard des évolutions est encore complexe. Le développement de la fonction observation reste perfectible (structuration...), notamment concernant les personnes handicapées vieillissantes. Ces évolutions nécessitent des travaux de coordination entre les partenaires du secteur médico-social.

FOCUS AUTISME

La prise en charge de l'autisme est une priorité nationale

(un plan autisme national 2008/2011 a été élaboré).

En Bretagne, dans le cadre du PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) 2010-2013, il est prévu pour 2010 5 places d'accueil temporaire pour les enfants, 2 pour les adultes.

Au-delà de la création de places, la région développera des actions permettant une meilleure connaissance de l'autisme et de sa prise en charge. Ainsi, dans le cadre des travaux du CTRA (Comité Technique Régional Autisme), un groupe de travail a été mis en place avec trois axes de réflexion :

- l'amélioration du dépistage précoce et du diagnostic,
- les fonctions des professionnels accompagnant les autistes,
- les problèmes somatiques des autistes.

⁵⁴ ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

⁵⁵ ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

⁵⁶ En cours : En cours d'examen d'orientation dans une structure d'accueil pour adultes

⁵⁷ CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Prise en charge et accompagnement des personnes âgées

Personnes âgées

Etat des lieux

Plus marquée en Bretagne qu'ailleurs, le vieillissement de la population va augmenter d'ici 2030 avec un accroissement de la problématique de la dépendance des personnes âgées (Cf. Diagnostic de l'état de santé).

En Bretagne, on observe un nombre important d'ESMS⁵⁸ mais aussi de gestionnaires, la plupart d'entre eux ne gérant qu'un seul établissement ou service : 450 EHPAD⁵⁹ pour 352 gestionnaires ; 132 SSIAD⁶⁰ pour 129 gestionnaires.

Nombre de structures et de gestionnaires d'EHPAD et de SSIAD

	Total du Nombre de structures	Total du nombre de gestionnaires	Nombre des gestionnaires n'ayant qu'un seul ESMS
EHPAD	450	352 (dont 128 CCAS ou CIAS)	303
SSIAD (PA/PH)	132	129 (dont 41 gestionnaires CCAS, CIAS et comité communal)	127

Source CRAM Bretagne 2010

Le taux d'équipement moyen régional en établissements et services est satisfaisant au regard de la moyenne nationale

Pour 1000 habitants de 75 ans et plus, la région compte, en 2008, 118.65 lits médicalisés⁶¹ (USLD⁶² et EHPAD) pour une moyenne nationale de 97.7⁶³. La même observation est faite concernant les SSIAD, puisque la région présente, en 2008, un taux de 18.97⁶⁴ pour une moyenne nationale de 17.4.

L'accroissement important du nombre de places en EHPAD est le résultat d'une politique active des Conseils Généraux sur ce sujet, associée à une coopération technique avec les services de l'Etat puis de l'ARS.

Cependant on constate des disparités infra régionales.

Ainsi si le taux d'équipement en structures d'hébergement est supérieur, en 2008 au taux moyen français, dans tous les départements, il l'est de façon plus marquée dans les Côtes d'Armor et l'Ille et Vilaine.

Les taux d'équipement en places et services de soins à domicile sont plus élevés dans les Côtes d'Armor, le Finistère et le Morbihan se situant de leur côté en deçà de la moyenne régionale. On peut également remarquer que le Morbihan est par ailleurs nettement en deçà de la moyenne nationale.

Finistère et Morbihan, tout en ayant des taux supérieurs à la moyenne française, se situent en deçà de la moyenne régionale des taux d'équipement en lits médicalisés

⁵⁸ ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

⁵⁹ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁶⁰ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

⁶¹ Données 2010 en Bretagne : 117.17

⁶² USLD : Unité de Soins Longue Durée

⁶³ La réforme des USLD qui a débuté en 2008 nécessiterait qu'aujourd'hui les données sur les équipements pour personnes âgées distinguent les places d'EHPAD des places en USLD sanitaires.

⁶⁴ Données 2010 en Bretagne : 20.43

Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et plus

Taux d'Equipement	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées	147,7	124	139,7	129,3	134,3	117,98
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	25,3	17,6	18,7	15	19	17,4
Taux d'équipement en lits médicalisés*	130,5	112,4	126,4	107	118,7	97,66

Source : STATISS - 1^{er} janvier 2008

*(lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements foyers, lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)

Par ailleurs, la Bretagne dispose par rapport à la moyenne nationale de moins de places d'Accueil de Jour (AJ) et d'Hébergement temporaire (HT). En effet, alors que le rapport Place d'accueil de jour/Hébergement permanent est de 5% au niveau national, la région est, quant à elle, à 1.63% ; de même, l'hébergement temporaire est de 3.95% en France mais seulement de 2.9% en Bretagne. Cet écart avec la moyenne nationale se retrouve dans l'ensemble des départements bretons.

Il existe une volonté des acteurs de développer ces places (les objectifs sont affichés dans les différents schémas départementaux). Cependant, l'occupation pleine des nouvelles places n'est pas à ce jour démontrée.

Diversification de l'offre médico-sociale ; places en Accueil de jour et Hébergement temporaire en EHPAD

Nombre de places	Hébergement permanent EHPAD	Places accueil de jour	Places en Hébergement temporaire
Côtes d'Armor	7123	99	235
Finistère	8005	181	271
Ille et Vilaine	7279	112	216
Morbihan	5542	73	115
Bretagne	27949	465	837
National	148591	7979	6125

	Rapport AJ/HP	Rapport HT/HP
Côtes d'Armor	1.4%	3.3%
Finistère	2.3%	3.4%
Ille et Vilaine	1.5%	3%
Morbihan	1.3%	2%
Bretagne	1.6%	2.9%
France Métropole	5%	3.95%

Source : Statiss - 1^{er} janvier 2008

L'offre d'accompagnement des personnes âgées se fait majoritairement en EHPAD.

Pour l'accueil de personnes âgées en établissements, on note en Bretagne une politique volontariste de développement de places d'EHPAD accompagnée d'une médicalisation forte de places d'EHPA⁶⁵ issues de Foyers-logements. Cette option n'est cependant pas accessible à tous puisque le coût d'hébergement en EHPAD est un obstacle pour certaines personnes âgées à une entrée en établissement.

D'autres formules d'hébergement émergent (tel que l'habitat regroupé) mais celles-ci restent, pour le moment, très peu développées. Ces nouveaux types d'accueil nécessiteraient une observation fine afin de connaître les conséquences financières pour les résidents mais aussi d'évaluer la qualité de l'accompagnement proposé et du suivi médical dispensé.

Enfin, concernant l'accompagnement à domicile, la Bretagne accroît le nombre de places de SSIAD ; cependant, celles-ci sont limitées au regard de la densité d'infirmiers libéraux de la région (127.2) qui s'avère beaucoup plus importante que la moyenne nationale (93.7). Or, les actes réalisés par les SSIAD et ceux effectués par les infirmiers libéraux ne sont pas nécessairement identiques, les SSIAD proposant d'avantages de soins de nursing réalisés par des aides-soignants et les infirmiers libéraux plus d'actes techniques infirmiers.

Le développement de la démarche qualité en établissements et services est amorcé. L'enjeu du vieillissement de la population est important et nécessite, au-delà du développement du nombre de places en Etablissements et Services Médico-sociaux (ESMS), un accompagnement à la professionnalisation des équipes pour une recherche permanente de qualité de service.

Les EHPAD ont commencé à développer une réflexion et des actions sur la qualité de la prise en charge. La politique nationale de la bientraitance appliquée aux ESMS conforte cette orientation.

L'accompagnement des personnes âgées dans leurs parcours de soins est de mieux en mieux coordonné

L'accroissement de la dépendance et les besoins en soins des personnes âgées conduit à faire appel aux services relevant du médico-social, aux soins en ambulatoire mais aussi souvent à des prises en charge hospitalières. La construction de filières de soins gériatriques (Cf. tableau 5 ci-contre) et le développement des réseaux (Cf. partie 2.4 sur les réseaux) pour personnes âgées ont pour objet de mieux organiser ces parcours de soins. Cependant, cette coordination pourrait être améliorée.

Les réponses pour la population atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés se diversifient

La déclinaison du Plan National Alzheimer est un point important intégré dans la politique de l'ARS et de ses partenaires. L'une des actions engagées consiste à créer, en Bretagne, environ 300 places d'Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) et 1400 places de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) d'ici 2012.

⁶⁵ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

FOCUS FILIERE GERIATRIQUE

Onze établissements de santé disposent de la totalité des maillons composant la filière (court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie (EMG), ambulatoire, SSR gériatrique, SLD). Pour 6 établissements la filière est presque complète (SLD et/ou EMG manquantes)⁶⁶.

Nombre d'établissements disposant de filières gériatriques en Bretagne en 2009

Territoire de Santé (TS)	Nombre de filières (complètes ou presque)
TS1 : « Brest/Morlaix »	2 : Brest ; Morlaix
TS 2 « Quimper/Carhaix »	2 : Quimper ; Douarnenez (incomplète)
TS 3 « Lorient/Quimperlé	2 : Lorient ; Quimperlé
TS 4 « Vannes/ Ploërmel/Malestroit »	2 : Vannes, Malestroit (incomplète)
TS 5 « Rennes/Fougères/Vitré/Redon »	3 : Rennes, Chantepie, Bain de Bretagne (incomplète)
TS 6 « St Malo/Dinan »	2 : St Malo, Dinan
TS 7 « St Brieuc/Guingamp/Lannion »	3 : St Brieuc (incomplète), Guingamp (incomplète), Tréguier (incomplète) ⁶⁷
TS 8 « Pontivy/Loudéac »	1 : Pontivy
TOTAL	17 dont 11 complètes

Source : SROS 2006-2010-version d'octobre 2009

Evolution prévisibles

La démarche qualité devrait se poursuivre : des conventions tripartites évolueront en contrat avec un objectif plus important concernant les exigences et les engagements en matière de qualité. De plus, l'évaluation interne et externe sera obligatoire pour les ESMS (les établissements pouvant s'appuyer sur les diverses recommandations de l'ANESM).

Afin de diversifier l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées, il s'avère nécessaire d'évaluer les freins réels à l'AJ⁶⁸ et l'HT⁶⁹; de même d'autres modes d'accueil que l'EHPAD devront être envisagés.

Le secteur des ESMS pour personnes âgées doit renforcer ses liens avec le secteur sanitaire afin d'assurer la continuité des prises en charge et simplifier le parcours de soins de cette population.

⁶⁶ Les filières gériatriques sont composées des maillons suivants de prise en charge: court séjour gériatrique situé dans l'établissement, équipe mobile de gériatrie (manquante pour les filières des CH/Cliniques de Douarnenez, de Malestroit, de Bain de Bretagne et de Tréguier), unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, un ou plusieurs soins de suite adaptés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, une ou plusieurs unités de soins de longue durée (manquante(s) pour les CH de Bain de Bretagne, St Brieuc, Guingamp).

⁶⁷ Une équipe mobile de gériatrie inter-établissement Lannion, Paimpol, Tréguier est en voie de finalisation

⁶⁸ AJ : Accueil de Jour

⁶⁹ HT : Hébergement Temporaire

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Prise en charge et accompagnement des populations à difficultés spécifiques

Population à difficultés spécifiques

Etat des lieux⁷⁰

Différents acteurs sont impliqués dans la prise en charge de l'addictologie ...

Au-delà de structures dédiées (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), avec ou sans hébergement en appartement de coordination thérapeutique (ACT), appartement thérapeutique (AT) ou communauté thérapeutique (CT), et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), le dispositif hospitalier mais également la médecine de ville sont impliqués dans le dispositif de prise en charge des addictions.

... dont l'action est guidée par un schéma régional

Le Schéma médico-social Régional d'addictologie 2009/2011 s'applique à l'ensemble du dispositif médico-social de prise en charge en addictologie et fixe cinq objectifs :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale, médico-sociale, sanitaire et ambulatoire en addictologie,
- déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale, notamment à travers les créations, transformations ou suppressions d'établissements et services,
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux, notamment les CAARUD, ainsi qu'avec les établissements de santé publics ou privés,
- définir des critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

L'offre médico-sociale a évolué vers une prise en charge plus généraliste des addictions en CSAPA.

L'objectif principal du schéma régional addictologie est de faire évoluer l'offre médico-sociale en transformant, par fusion ou rapprochement, les structures jusqu'à présent spécialisées soit en alcoologie (CCAA) soit en toxicomanie (CSST) en CSAPA généralistes proposant une offre sur l'ensemble des addictions. Les caractéristiques de l'offre en CSAPA sont la proximité, la pluridisciplinarité et la gratuité.

Le maillage territorial permet de couvrir les différents secteurs

Au total, les 21 structures CCAA (16) /CSST(5) sont devenues 14 CSAPA généralistes et 2 CSAPA spécialistes. (Cf. carte ci-après).

Ce type de structure répond à une demande croissante puisque la file active de patients vus en CSST a augmenté entre 2007 et 2008 de près de 16% et pour les CCAA de 19%. (Cf. tableau ci-dessous).

Augmentation de la file active des patients bretons vus en CCAA et CSST

Evolution en % de la file active des patients entre 2007 et 2008					
	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne
CCAA	+ 15.88%	+ 23.58%	+ 19.01%	+ 18.36%	+ 19.19%
CSST	+ 5.49%	+ 15.55%	+ 12.71%	+ 23.49%	+ + 16%

Source : CIRDD Bretagne

Concernant les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), il existe en Bretagne actuellement un centre dans chaque département (Rennes, Saint Briec, Lorient et Brest). Selon le Schéma Régional d'Addictologie, « 1 292 usagers ont été accueillis dans les CAARUD en Bretagne en 2007, dont 478 nouvelles personnes. L'ouverture du CAARUD dans le Morbihan en 2007 explique la faiblesse des effectifs constatés. A l'inverse, le CAARUD des Côtes d'Armor réalise de nombreuses interventions dans les rassemblements festifs du département, ce qui explique l'importance de sa file active (dans d'autres départements, ces interventions en milieu festif sont effectuées par des associations) ».

File active des CAARUD en 2007

	File active	dont nouveaux usagers accueillis
Côtes d'Armor ⁷¹	700	150
Finistère	332	165
Ille-et-Vilaine	210	113
Morbihan	50	50
Total	1292	478

Source : schéma régional addictologie

Le maillage territorial en établissements médico-sociaux d'addictologie apparaît donc relativement équilibré. Toutefois, la variabilité de la taille des équipes et donc de la capacité de prise en charge nuance ce constat

⁷⁰ Les données présentées dans ce chapitre sont principalement issues du Schéma Régional d'Addictologie 2009-2011.

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Prise en charge et accompagnement des populations à difficultés spécifiques

La qualité de l'accueil et de l'accompagnement est à promouvoir

Le type d'organisation en CSAPA est récent ; les transformations et rapprochements des structures qu'il implique devront faire l'objet d'un suivi. De plus, une réflexion particulière devra être engagée sur l'activité de substitution, pour assurer sa disponibilité sur l'ensemble des territoires mais aussi pour prendre en compte l'augmentation quantitative de cette activité et le cadre qualitatif exigeant qu'elle requière.

Enfin, le Schéma Régional d'Addictologie souligne le besoin d'organiser une réponse graduée de solutions d'hébergement. Les besoins devront être évalués de manière fine sur l'ensemble des territoires⁷².

L'articulation hospitalière – ambulatoire et médico-sociale est indispensable

Cette articulation se traduit par la réunion au sein de la CRA (Commission Régionale Addictologie), de professionnels issus du médico-social mais aussi du sanitaire.

Néanmoins, certains points restent à améliorer : la clarification et la visibilité des missions des CSAPA et des structures sanitaires (notamment concernant les consultations) ; les liens tissés entre la médecine de ville et les CSAPA particulièrement en ce qui concerne les traitements de substitution, l'efficacité de la coordination

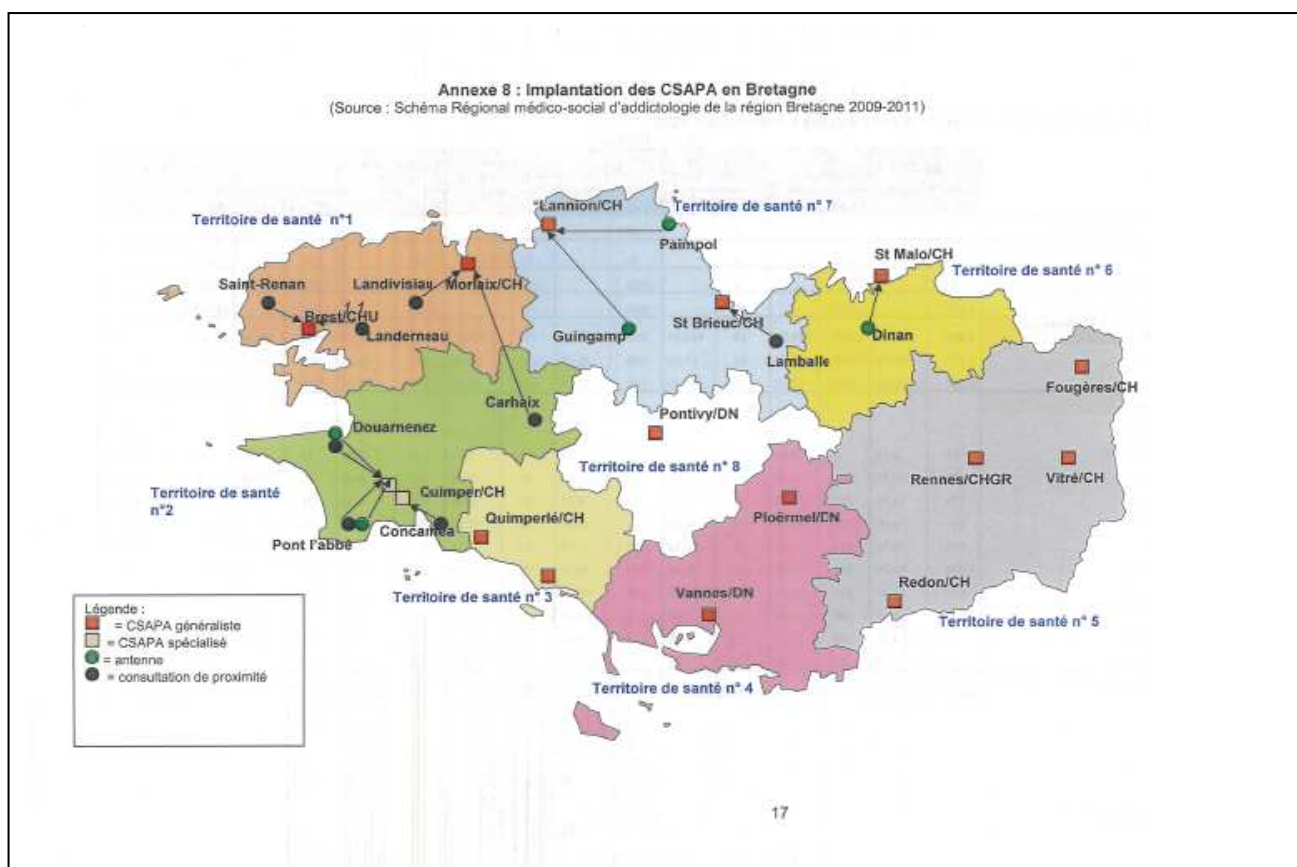
entre UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires), CSAPA et Equipes psychiatriques pour les détenus et sortants de prison (public particulièrement concerné par les addictions et dont l'accès aux structures sanitaires et hospitalières est rendu difficile).

Enfin, notons que pour ce public, un lien important sera à construire avec les services de l'Etat en charge des structures sociales.

Evolution prévisible

L'évaluation de la qualité et la continuité des prises en charge doit être renforcée : un dispositif réglementaire va rendre dorénavant obligatoire l'évaluation interne et l'évaluation externe des ESMS⁷³. En s'appuyant sur les recommandations de l'ANESM, la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement devra être un objectif prioritaire pour les établissements et une exigence de l'ARS.

Le bilan des actions engagées au regard des objectifs définis dans le schéma sera utile, le schéma régional arrivant à terme en 2011.



⁷² A noter : En matière d'hébergement médico-social, l'ARS de Bretagne est également compétente concernant 20 places d'Appartements de Coordination Thérapeutique (pour les personnes ayant une fragilité psychologique et sociale et nécessitant une prise en charge médicale) et 8 places de Lits Halte Soins Santé (pour des personnes sans domiciles fixes mais nécessitant des soins de suite).

⁷³ ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

4/ DEPENSES DE SANTE

DEPENSES DE SANTE

Dépenses de soins de ville

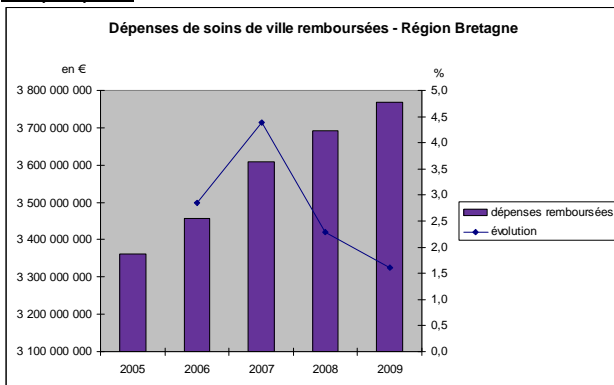
Dépenses de soins de ville

Avec 3,7 milliards d'euros remboursés en 2009, la dépense de soins de ville a progressé de 1,6%.

Les dépenses remboursées par les trois principaux régimes d'assurance maladie de la région Bretagne sur le champ ambulatoire en 2009, s'élèvent à 3,767 milliards d'euros, pour l'ensemble des risques maladie, maternité, AT-MP, décès et invalidité.

En hausse de 1,6% par rapport à l'année précédente (à champ constant), la progression de ces dépenses reste modérée en 2009, comparée aux années antérieures (cf. graphique 1). Au total, depuis 2005, ces dépenses ont progressé de 12%.

Graphique 1



Source : SNIIRAM, univers ONDAM

France entière, l'augmentation des dépenses remboursées de soins de ville en 2009, comparée à l'année 2008, est de 3,3%.

En outre, par personne protégée, la consommation moyenne de soins de ville est donc de 1245 euros en région, contre 1270 euros au niveau national.

Plus du ¾ des dépenses de soins de ville remboursées sont prises en charge sur le risque maladie

Comme le montre le tableau 1, sur l'ensemble des dépenses bretonnes, 77,6% sont remboursées sur le risque maladie, 5,2% sur le risque maternité, et 9,2% sur le risque accidents du travail. La structure de ces montants remboursés par risque est stable depuis 2005.

Tableau 1

	Dépenses remboursées 2009 (en €)	Part du risque	Evolution 2008/2009	Evolution 2005/2009
Maladie	2 924 268 326	77,6%	1,5%	12,1%
Maternité	194 074 873	5,2%	1,9%	13,4%
AT-MP	347 973 840	9,2%	2,6%	10,9%
Décès	9 082 239	0,2%	6,0%	8,8%
Invalidité	292 220 440	7,8%	1,4%	11,9%
Total	3 767 619 718	100,0%	1,6%	12,0%

Source : SNIIRAM, univers ONDAM

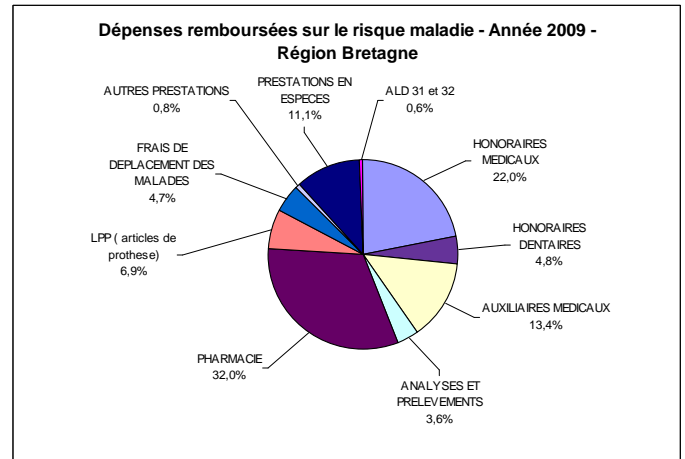
Au niveau national, le risque maladie constitue une part un peu plus importante, puisqu'il couvre 80,8% des dépenses remboursées, tandis que la maternité, les accidents du travail/maladies professionnelles et l'invalidité affichent des proportions inférieures à celles observées en région (respectivement 4,8%, 8,4% et 5,8%).

La pharmacie constitue, avec 32% de la dépense remboursée, le poste de remboursement le plus important du risque maladie

Les dépenses de soins de ville, financées sur le risque maladie, s'élèvent à 2,9 milliards d'euros en Bretagne, en hausse de 1,5% par rapport à l'année 2008, et de 12,1% depuis 2005.

En 2009, les honoraires représentent près de 27% de cette dépense. Le poste Pharmacie est le plus important, avec 31,9%.

Graphique 2



Source : SNIIRAM, univers ONDAM

La structure des dépenses a globalement peu évolué entre 2005 et 2009 ; on note néanmoins une progression des soins d'auxiliaires médicaux et une baisse du poste Pharmacie.

Tableau 2 : Structure des dépenses de soins de ville/risque maladie – Région Bretagne

	Année 2009	Année 2008	Année 2005
HONORAIRES MEDICAUX	22,0%	22,2%	21,8%
HONORAIRES DENTAIRES	4,8%	4,9%	5,0%
AUXILIAIRES MEDICAUX	13,4%	13,0%	11,8%
ANALYSES ET PRELEVEMENTS	3,6%	3,7%	4,3%
PHARMACIE	32,0%	32,6%	34,0%
LPP (articles de prothese)	6,9%	7,3%	6,9%
FRAIS DE DEPLACEMENT DES MALADES	4,7%	4,6%	4,3%
AUTRES PRESTATIONS	0,8%	0,7%	0,5%
PRESTATIONS EN ESPECES	11,1%	11,0%	11,3%
ALD 31 et 32	0,6%	0,0%	0,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Source : SNIIRAM, univers ONDAM

En termes d'évolution, pour l'année 2009, les postes de transport des malades et d'auxiliaires médicaux sont particulièrement dynamiques (autour de 5%), tandis que les indemnités journalières présentent une évolution plus modérée cette année (2,5%), les médicaments sont stables, et que la LPP affiche une baisse de ses dépenses de 4%.

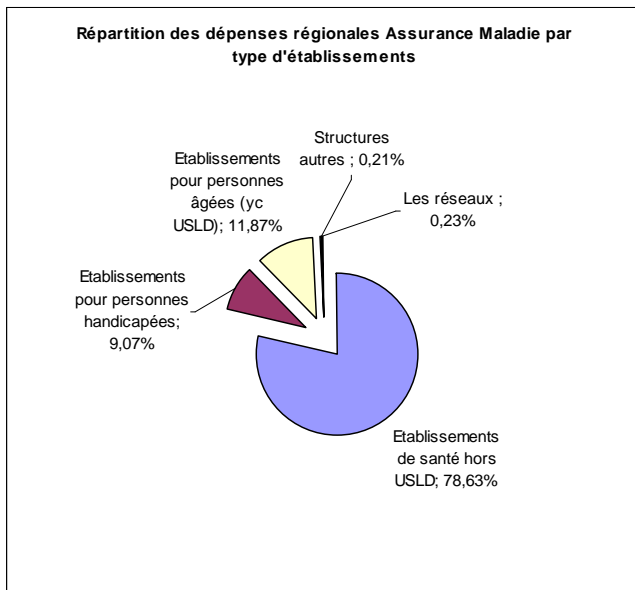
DEPENSES DE SANTE

Dépenses des établissements

Dépenses des établissements

Les dépenses de l'Assurance Maladie de l'année 2008 en direction des établissements toutes structures confondues (établissements de santé, établissements pour personnes âgées, établissements pour personnes handicapées, réseaux et autres structures) s'élèvent à 3 897 142 763 €, soit une progression de 4.92% par rapport à 2007.

78.63% des dépenses allouées aux établissements concernent les établissements de santé (hors Unité de Soins de Longue Durée), 11.87% les établissements pour personnes âgées (y compris USLD) et 9.07% les établissements pour personnes handicapées. Les réseaux et autres structures consomment respectivement 0.21% et 0.23% de l'enveloppe.



Source : CRAM, RAPDAM 2008

->Dépenses des établissements de santé

Les dépenses hospitalières (hors USLD) représentent en 2008 3,064 milliards d'euros⁷⁴.

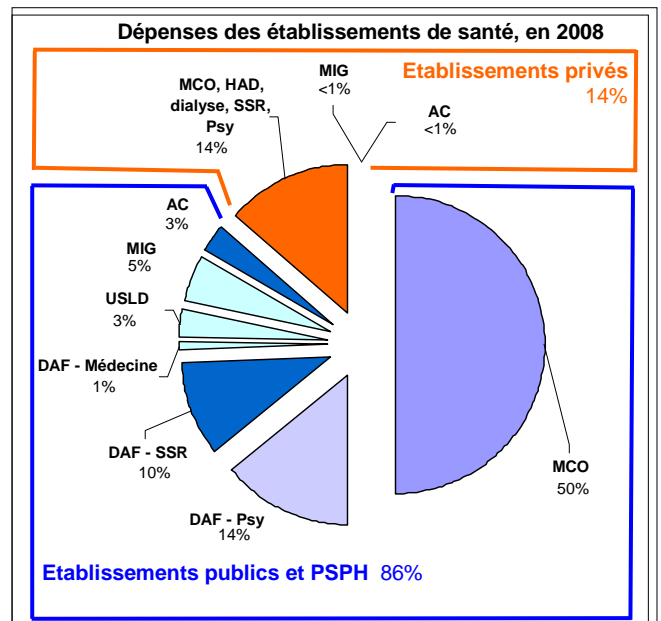
86% de ces dépenses concernent les établissements publics et PSPH, 14% les établissements privés⁷⁵. Les dépenses des établissements de santé hors USLD ont progressé de 3,70% entre 2007 et 2008 et de 10,23% entre 2005 et 2008.⁷⁶

Les dépenses des établissements privés s'élèvent à 430 millions d'euros.

Presque la totalité des dépenses est affectée à la médecine, chirurgie, obstétrique (75%). Les autres principales disciplines en terme de dépenses dans les établissements privés sont la dialyse (7.75%), le traitement des maladies mentales (6.81%), les soins de suites et réadaptation (6.31%), l'HAD (3,89%).⁷⁷

Les dépenses des établissements publics et PSPH s'élèvent à 2 717 millions d'euros (2 633 M hors USLD).

L'activité MCO représente, comme dans le privé, la dépense la plus importante des établissements publics (1,5 milliard d'euros). Elle est suivie de la psychiatrie et des Soins de Suite et Réadaptation.⁷⁸



PSPH : Participant au Service Public Hospitalier ; MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique ; HAD : Hospitalisation à Domicile ; SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ; USLD : Unité de soins de longue durée ; MIG : Mission d'Intérêt Général ; AC : Accompagnement Contractuel (aide au développement ou au maintien de l'activité, à l'investissement, au retour à l'équilibre, etc...) ; DAF : Dotation Annuelle de Fonctionnement.

Source : Arbus 2008, rapdam 2008

Pour plus d'information concernant la situation financière des établissements vous pouvez vous reporter à la partie relative au diagnostic de l'offre hospitalière

⁷⁴ Source : Arbus 2008

⁷⁵ Les comparaisons entre public et privés sont à faire avec précaution, les honoraires des médecins exerçant en cliniques étant compris dans les dépenses de soins de ville.

⁷⁶ Source : CRAM, RAPDAM 2008

⁷⁷ Ibid.

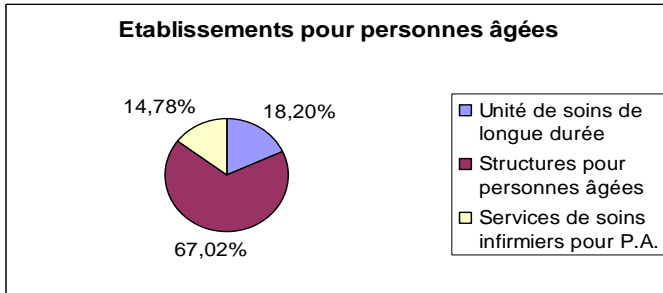
⁷⁸ Ibid.

DEPENSES DE SANTE

Dépenses des établissements

-> Dépenses des établissements pour personnes âgées

En 2008, l'assurance maladie finance les établissements pour personnes âgées à hauteur de 462 492 149 € (378 329 492 € hors USLD) soit une augmentation de 12.64% par rapport à 2007 et de 31.70% par rapport à 2005.



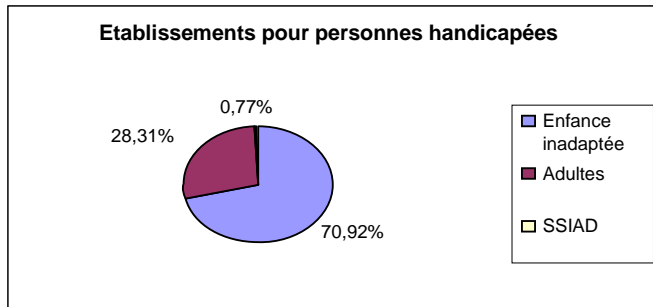
Source : CRAM, RAPDAM 2008

Les années 2009 et 2010 ont permis de poursuivre la mise en œuvre du plan de création de places en établissements et services pour personnes âgées prévues au PRIAC en application du Plan Solidarité Grand-âge (2007 – 2011) et du plan Alzheimer (2008 -2012) : 1423 places en établissements et services ont été créées dont 1066 en 2010.

L'enveloppe de crédits notifiée en 2010 à la région est de 528 041 647 M€ en 2010 contre 492 085 472 M € en 2009, soit un taux d'évolution de + 7, 30 %. Source : ARS 2010 (crédits notifiés).

-> Dépenses des établissements pour personnes handicapées

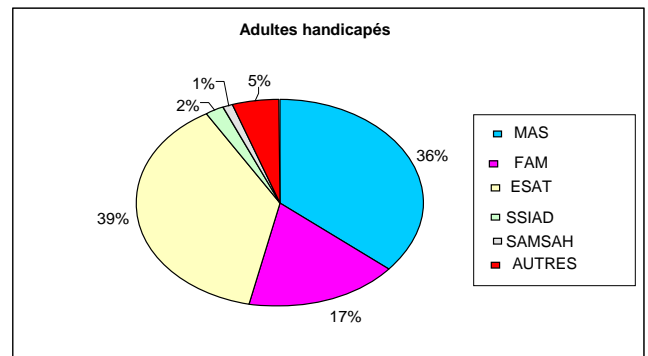
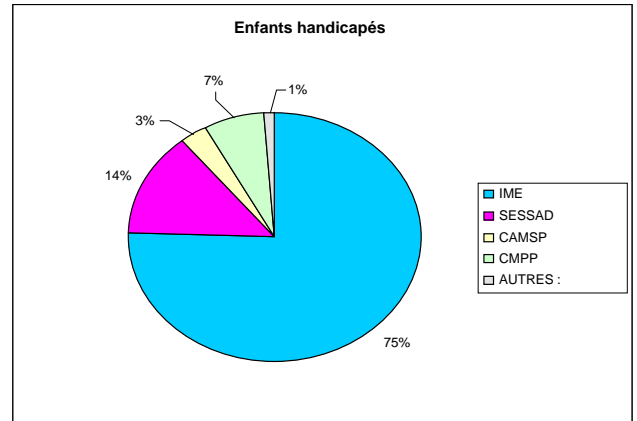
L'assurance maladie a attribué 353 509 642 € aux établissements pour personnes handicapées en 2008. Cela représente une augmentation de 6.24% par rapport à 2007 et de 17.48% par rapport à 2005.



Source : CRAM, RAPDAM 2008

L'analyse des dépenses médico-sociales montre que les politiques du handicap ont été traditionnellement axées sur l'hébergement en établissement pour répondre aux besoins les plus lourds. Ces politiques évoluent pour permettre plus fréquemment le maintien à domicile, au moyen d'une offre de services plus diversifiée.

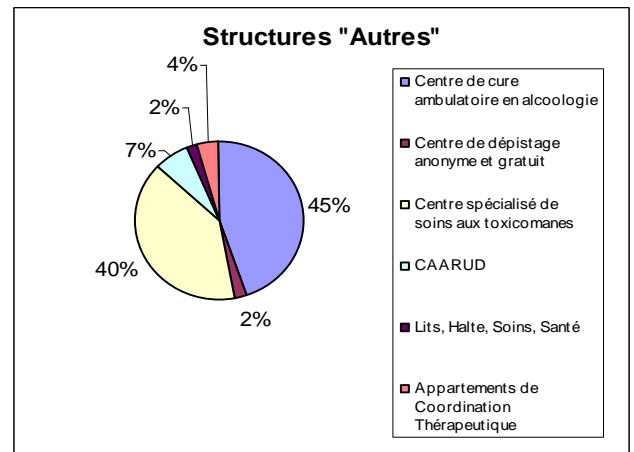
Ainsi, le PRIAC prévoit que près de 90% des places pour l'enfance handicapée seront attribuées aux services d'éducation ale et de soins à domicile (SESSAD).



Source : ARS 2010 (crédits notifiés)

-> Autres dépendances, personnes confrontées à des besoins spécifiques

L'Assurance maladie finance diverses structures à hauteur de 8 110 151€ en 2008 (+ 6.15% par rapport à 2007 ; + 38.89% par rapport à 2005). Les principales structures bénéficiant de ces financements sont les centres de cure ambulatoire en alcoologie (44.85%) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (40.13%).



Source : CRAM, RAPDAM 2008

L'Allocation Régionale 2010 s'élève à 9 894 627 euros.⁷⁹
Source : ARS 2010 (crédits notifiés)

-> Dépenses pour les réseaux

En forte augmentation (130.59%) par rapport à 2005 (+ 4.72% par rapport à 2007), les dotations régionales de l'Assurance maladie pour le développement des réseaux ont été consommées à hauteur de 8 891 297 € en 2008.

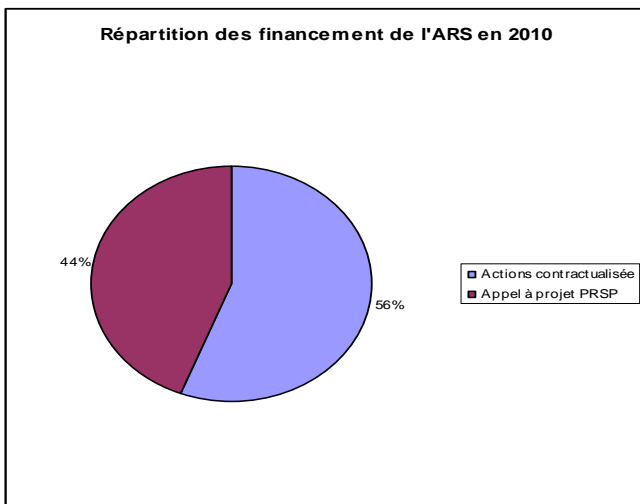
⁷⁹ Arrêté du 18 août 2010 fixant les dotations régionales. Journal Officiel du 31 août 2010

Dépenses de prévention

L'ARS de Bretagne finance des actions de prévention promotion de la santé sur ses crédits d'intervention pour près de 9 millions d'euros (8,994 millions d'euros en 2010, soit environ 6% de l'enveloppe nationale).

Deux modalités de financement principales sont privilégiées : appel à projet et contractualisation

- l'appel à projet mobilise en 2010 3.98 millions d'euros soit 44%
- les actions contractualisées représentent 4.98 millions d'euros soit 56%



Source : ARS, 2010

L'appel à projet se concentre sur 7 thématiques (conduites addictives, vie sexuelle et affective, santé nutrition, santé mentale et prévention du suicide, accidents de la vie courante, santé environnement).

Ces thématiques sont détaillées dans la partie relative au diagnostic de l'offre en prévention.

Il faut noter que d'autres dépenses de prévention sont à prendre en compte même si elles ne peuvent être toutes détaillées.

- Elles correspondent à des actions financées sur les dépenses de l'assurance maladie : remboursement de vaccination, du suivi de la grossesse, financement d'actes de dépistage, de structures dans le domaine de la prise en charge et de l'accompagnement des addictions...

- Elles peuvent être financées par d'autres acteurs que l'ARS, en particulier les collectivités locales ou des administrations déconcentrées de l'Etat.

ANNEXES

ANNEXE 1

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE HOSPITALIERE : **Organisations, recompositions et modernisations des établissements : situation des** **territoires de santé bretons**

Le territoire de santé n° 1 comprend deux territoires de santé différents : le territoire de Brest et celui de Morlaix. Celui de Brest est le deuxième pays le plus peuplé de la région après Rennes. C'est un territoire à dominante urbaine bien desservi par tous les modes de transport et comprenant une large gamme d'équipements hospitaliers. Brest constitue le pôle principal du territoire de santé, relayé à l'est par Landerneau et Morlaix. La densité des établissements locaux de proximité et spécialisés est plus importante que dans les autres territoires, notamment en SSR polyvalents et spécialisés. Quelques points clé :

- Le projet médical consécutif de la fusion du CH de Carhaix avec le CHU, intégrant le maintien de la maternité et de la chirurgie non programmée à Carhaix a été validé et fera l'objet d'une évaluation en 2012. Une Direction commune entre le CHU et le CH de Landerneau est d'autre part en cours de constitution. La fusion du CHU et du CH de Carhaix a nécessité le redécoupage du territoire et une redéfinition des partenariats en matière de permanence et de continuité des soins (urgences, chirurgie et maternité) est nécessaire.
- Les autorisations de fonctionnement des SMUR ont été redéfinies et l'implantation sur 9 sites au lieu de 8 dans ce département a été retenue dans une approche globale des SMUR et des urgences départementales. Le CHIC a été amené à fermer la structure des urgences de Concarneau entre 21h00 et 9h00 à compter du 2 juin 2008 en raison de la vacance prolongée de postes de médecin urgentiste. La situation de Concarneau est susceptible de se reproduire dans d'autres sites d'urgences du Finistère et une attention particulière devra être portée sur la démographie médicale des urgentistes sur les territoires de santé 1 et 2.
- La situation des cliniques brestoises (polyclinique Keraudren/Grand Large, clinique Pasteur Saint Esprit) sera à suivre attentivement compte tenu de leur place dans l'offre de soins hospitalière du territoire.
- Sur le territoire de Morlaix, la présence de deux sites médico-chirurgicaux dans un contexte de fort renouvellement des équipes chirurgicales, radiologiques et anesthésiques à venir dans les 5 ans nécessite la mise en œuvre de coopérations.
- La mise en place de la tarification à l'activité nécessitera de suivre attentivement la situation du centre héliomarin de Perharidy comme établissement spécialisé.

Le territoire de santé n° 2 est structuré autour de 5 pôles de services et d'emploi : Quimper, Concarneau, Douarnenez, Pont l'Abbé et Châteaulin. Il représente une offre de soins hospitalière homogène, diversifiée, équilibrée, redimensionnée et réorganisée avec la réforme des USLD et la mise en œuvre des nouvelles appellations de SSR.

Quelques points clé :

- Le CHIC de Cornouaille (Quimper-Concarneau) renforce son caractère d'établissement de référence pour le territoire et développe un projet médical de territoire avec le CH de Douarnenez, l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé (PSPH), Saint Yvi et le CH de Guingamp. Les rôles de chacun devront être mieux identifiés, l'un (Douarnenez) en matière d'urgences, de MCO, de filière gériatrique et d'établissement d'aval pour des prises en charge de proximité polyvalentes.
- L'offre de soins sur l'agglomération quimpéroise est aujourd'hui répartie entre le CHIC, la clinique mutualiste St Michel-Ste Anne et la polyclinique Quimper Sud (PQS), ces deux derniers établissements s'étant rapprochés en 2009.
- Comme pour le TS1, le redécoupage du territoire va imposer une réorganisation des partenariats en matière de permanence et de continuité des soins (urgences, chirurgie et maternité).

Le territoire n° 3 est un territoire diversifié, entre l'intérieur et le littoral. Il est essentiellement urbain (la communauté d'agglomération de Lorient, qui regroupe 19 communes, représente 80 % de la population du territoire).

Quelques points clé :

- La réorganisation des activités de chirurgie au CH de Quimperlé a été marquée par leur fermeture fin 2007, ainsi que de la maternité, et a provoqué un recentrage de ces activités sur le CHBS. La reconversion du CH de Quimperlé vers les activités de gériatrie a été réalisée avec dynamisme en assurant la diversification et le développement de toutes les modalités de prise en charge (HDJ, consultation mémoire, équipe mobile gériatrique, USLD redéfinies, SSR spécialisés, EHPAD, unité Alzheimer et géronto-spy).
- La périnatalité est, elle aussi, en pleine évolution : l'ouverture du pôle mère-enfant à Lorient sur le site du nouvel hôpital s'est faite de manière concomitante avec la fermeture la maternité du CH de Quimperlé et la cessation de l'activité d'obstétrique à la clinique du Ter en août 2009.
- Le CHBS est un établissement en pleine réorganisation architecturale et organisationnelle et la présence sur le territoire de deux autres cliniques, l'une privée (Le Ter), l'autre ESPIC (gérée par la Mutualité et dénommée Porte de l'Orient) atteste de la densité des plateaux techniques sur le territoire.
- La mise en place de la tarification à l'activité pour les activités de SSR nécessitera de suivre attentivement la situation du centre de rééducation de Kerpape comme établissement spécialisé.
- Le rapprochement des activités de SSR du CH de Quimperlé et de la MC St Joseph de Quimperlé est, par ailleurs, envisagé.

Le territoire n° 4 (Vannes, Ploërmel et Malestroit) regroupe trois pays (Auray et la presqu'île de Quiberon, Vannes, Questembert, la Roche Bernard, Ploërmel, Malestroit, Josselin). De plus, il y a deux territoires de proximité : Vannes-Auray et Ploërmel-Josselin-Malestroit. L'offre de soins est bien développée dans les spécialités médicales et les plateaux techniques en chirurgie totalement restructurés (fusion des CH de Vannes et d'Auray, création de la clinique Océane par fusion de cliniques, rapprochement CH Ploërmel/clinique des Augustines à Malestroit/hôpitaux de Josselin et Malestroit).

Quelques points clé :

- La clinique Océane a réorganisé son accueil non programmé en l'absence d'autorisation d'urgences en lien avec le CHBA. La principale problématique dans les années à venir (d'ici 5 ans) concerne le renouvellement de son équipe de gynécologie-obstétrique. Contrairement aux craintes exprimées, le fonctionnement des urgences au CHBA avec la cessation de l'activité d'accueil et de soins non programmés à la clinique Océane en juin 2009 n'a pas présenté de difficulté.
- Le devenir de l'hôpital du Palais à Belle-Île est un enjeu tant sanitaire que médico-social au regard de la spécificité de la prise en charge de la population d'une île.
- Historiquement, les CH de Malestroit et Ploërmel disposaient tous deux d'un service de chirurgie. La chirurgie sur le site de Malestroit a été remplacée par le SSR mais le transfert sur Ploërmel n'a pas été optimal et n'a pas permis de dégager une efficacité médico-économique. Le maintien d'une activité de chirurgie non programmée au CH de Ploërmel se justifie essentiellement au regard de la couverture chirurgicale de la maternité. La stabilité de cet établissement dépend de la réussite de cette redéfinition et par l'établissement de liens forts avec le CHBA.
- Un projet médical de territoire est en cours d'élaboration devant, notamment, conforter le rôle du CHBA comme établissement de référence et, en particulier, construire des liens forts avec le CH de Ploërmel.

Le territoire de santé n° 5 est l'espace le plus important de la région par son étendue géographique. Il est au carrefour de trois régions du grand Ouest : la Bretagne, la Basse-Normandie et les Pays de la Loire. Dans la région, force est de constater la concentration des équipements sur Rennes et sa périphérie, dû également à l'attractivité de la ville. En corollaire, les établissements rennais, publics et privés PSPH rayonnent sur toutes l'Ille-et-Vilaine, voire sur les départements bretons.

Quelques points clé :

- Le CHU de Rennes a vu sa situation financière se dégrader fortement à partir de 2007. Dans ce cadre, il a signé un contrat de retour à l'équilibre en 2008, dont les résultats sont aujourd'hui significatifs, mais qu'il conviendra de suivre avec attention.
- L'institut de cancérologie regroupant CRLCC/CHU/clinique de la Sagesse illustre une coopération très structurée dans ce domaine d'activités.
- Les CH de Vitré, de Redon et de Fougères sont à la fois engagés dans des partenariats avec le CHU et dans des situations financières fragiles. Leur positionnement au sein du projet médical de territoire reste une nécessité.
- Les cliniques du territoire sont concentrées sur Rennes après la reprise de l'activité chirurgicale de la clinique de Fougères par l'hôpital sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire. La création du CHP Saint-Grégoire par regroupement de trois établissements, dorénavant le plus important établissement privé breton, la clinique St Laurent, aux complémentarités fortes avec le CHU en matière de cardiologie et la polyclinique de Cesson sont des éléments majeurs de l'offre de soins hospitalière.
- Le nombre important (..... sur bretons) de petits établissements à vocation sanitaire et médico-sociale (ex-hôpitaux locaux) sur le territoire nécessitera de poursuivre les réflexions en matière de coopération, fusion et de directions communes.
- Le pôle St Hélier, établissement de référence dans la prise en charge en soins de suite, se trouve dans une grande fragilité financière. Son positionnement ainsi que celui du CRG Chantepie sont à construire au sein au sein d'un projet partagé avec le CHU.

Le territoire de santé n° 6 a une population concentrée sur le littoral autour de St Malo, pôle principal du territoire. Le taux d'équipement hospitalier est le plus faible de la région.

Quelques points clé :

- Le projet médical commun des CH de St Malo, Dinan et Cancale relevant d'une direction commune effective depuis le 1^{er} janvier 2009 est à poursuivre.
- Le pôle de santé de Dinan regroupant le centre hospitalier et la clinique doit contribuer au maintien d'une offre de proximité.
- La collaboration entre le CH de Saint-Malo et le CHU est à construire

Le territoire de santé n°7 est composé de trois pays et de deux territoires de proximité, l'un tourné vers la mer (le Trégor-Goëlo), l'autre autour de St Brieuc comprenant également le pays de Guingamp, essentiellement rural.

Quelques points clé :

- La recomposition de l'offre de soins sur le bassin de St Brieuc est au cœur des discussions entre les acteurs locaux qui sont le centre hospitalier, le CHP de St Brieuc et la Clinique Armoricaïne de Radiologie.
- Le rapprochement géographique du CH et de la polyclinique de Lannion est l'objet de discussions en cours.
- La situation financière de l'hôpital de Paimpol est très préoccupante. Un projet médical est en cours d'élaboration avec le CH de St Brieuc. Ce projet médical a vocation à être le prélude à la future communauté hospitalière de territoire.
- La reprise de l'activité de la clinique de Guingamp par le centre hospitalier fin 2008 par la création d'un groupement de coopération sanitaire avec les praticiens libéraux et le développement de soins de suite assurant une prise en charge de proximité polyvalente doivent permettre de conforter le pôle guingampais.

Le territoire de santé n°8 se trouve en plein cœur de la Bretagne.

Quelques points clé :

- Après la fusion des centres hospitaliers de Pontivy, Loudéac et Plémet en 2005, la constitution du pôle public-privé réunissant la polyclinique de Pontivy et le CH du Centre Bretagne est le principal point d'attention.

Au total, les recompositions de l'offre de soins hospitalière bretonne sont réalisés ou largement engagées. Des réorganisations sont en effet à souligner sur l'ensemble des territoires, tant en terme de restructurations d'établissements que de mise en place de nouvelles coopérations.



Agence régionale de santé Bretagne
20 rue d'Isly – CS 14253 – 35042 RENNES cedex
Tél : 02 90 08 80 00 - www.ars.bretagne.sante.fr
ISBN : 978-2-11-098970-3
Dépôt légal : octobre 2010