



PRS
2018-2022

PROJET RÉGIONAL

DE SANTÉ

DE BRETAGNE



**SCHEMA
REGIONAL
DE SANTE**

INTRODUCTION

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé a prévu un PRS doté d'un schéma unique et donnant aux agences régionales de santé l'opportunité d'une présentation plus transversale et décloisonnée des politiques de santé. Ce schéma régional de santé (SRS) constitue la feuille de route de notre action collective au service de la santé des Bretons pendant les cinq prochaines années.

Il répond à plusieurs principes qui ont guidé l'Agence régionale de santé de Bretagne depuis le début de ses travaux :

- ⊕ **La cohérence** : les 28 thématiques du présent SRS déclinent les sept objectifs posés par le cadre d'orientation stratégique, en cohérence avec les axes de la stratégie nationale de santé. De même, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS) décline les objectifs du présent SRS inscrits au sein de la thématique « personnes en situation de précarité ».
- ⊕ **La lisibilité et la priorisation** : le schéma régional, pour chaque thématique, présente les principaux chantiers et objectifs opérationnels qui seront poursuivis sur les cinq ans à venir. Des plans d'action annuels seront, ensuite, élaborés pour mettre en œuvre les objectifs présentés. Le SRS s'inscrit donc dans un nombre de pages rationalisé, pour une meilleure lisibilité.
- ⊕ **La transversalité** : la structure du SRS reflète la nécessité d'améliorer l'ensemble du parcours de soins, de santé et de vie des personnes, au-delà des cloisonnements sectoriels. Neuf thématiques sont ici présentées de manière transversale, prenant comme sujet la personne dans sa globalité : personnes en situation de précarité, enfants et jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes souffrant d'addictions, personnes en difficulté psychique, personnes atteintes de maladies chroniques, de cancer, de maladies cardio-neuro-vasculaires. Chacun de ces thèmes aborde ainsi les politiques de prévention, d'offre sanitaire et/ou médico-sociale qui lui sont spécifiques. Les liens que peuvent avoir les thèmes entre eux sont par ailleurs identifiés dans le document.
- ⊕ **La coordination des politiques** : la santé concerne toutes les politiques publiques. Le présent SRS aborde donc au sein des différentes thématiques un certain nombre de chantiers nécessitant une coordination forte avec d'autres partenaires institutionnels, qu'il s'agisse de la prévention notamment en milieu scolaire ou professionnel, de l'accès aux soins, de leur pertinence, de l'autonomie des personnes.
- ⊕ **Le pilotage et l'évaluation** : un schéma régional de santé doit pouvoir être suivi pour être évalué. Les thèmes du SRS disposent d'un indicateur par chantier, qui permettra de constater annuellement la progression des objectifs que l'Agence se fixe pour les cinq prochaines années. D'autres modalités d'évaluation complémentaires pourront être développées.
- ⊕ **La concertation** : l'ARS a voulu que cette concertation soit large, constante et vivante. Les diagnostics, le COS, le SRS et le PRAPS ont ainsi été le fruit d'une concertation depuis septembre 2016 avec les représentants de la démocratie en santé et les principaux partenaires de l'ARS. Chaque thématique a mobilisé en outre un groupe de travail spécifique composé de professionnels de la région.

La prise en compte de ces principes a permis que soient identifiées dans ce schéma régional de santé l'ensemble des priorités régionales pour améliorer en Bretagne **la qualité, l'efficacité, l'adaptabilité, l'accessibilité et l'équité du système de santé, au bénéfice de toute la population, avec la participation des usagers, des acteurs du système de santé et de l'ensemble des partenaires.**

Sommaire

Introduction	3
Sommaire	6
Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie	9
1 Lutter contre les inégalités de santé en agissant sur les déterminants et en développant la promotion de la santé	11
Garantir l'accès à une offre de santé adaptée au plus près du domicile	25
2 Accompagner les évolutions organisationnelles des professionnels de santé pour améliorer la réponse de proximité	27
3 Améliorer l'accès aux soins non programmés urgents et non urgents	39
4 Améliorer la gradation de l'offre et développer les alternatives à l'hospitalisation complète dans le cadre du virage ambulatoire	51
4.1 Conforter une offre efficiente et de qualité en chirurgie	53
4.2 Développer la pratique de la chirurgie ambulatoire en garantissant aux patients une prise en charge de qualité	59
4.3 Développer l'hospitalisation de jour en médecine	63
4.4 Assurer le développement de l'HAD sur l'ensemble du territoire régional	69
4.5 Assurer à la population un accès équitable et de qualité à l'imagerie diagnostique	75
4.6 Assurer un égal accès au diagnostic génétique et améliorer le parcours des patients atteints de maladies rares	83
4.7 Conforter l'efficacité de l'activité de réanimation et de surveillance continue	91
4.8 Améliorer la réponse aux besoins en soins de suite et de réadaptation	97
5 Assurer l'accès aux soins palliatifs	105
Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée	113
6 Mieux organiser le parcours des personnes	115
7 Améliorer le parcours de santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion	123
8 Agir en faveur de la santé périnatale, des enfants, des adolescents et des jeunes adultes	135
9 Prévenir et accompagner la perte d'autonomie de la personne âgée	153

10	Apporter à chaque personne en situation de handicap une réponse adaptée.....	165
11	Renforcer la prévention et adapter les interventions à la diversité des addictions.....	179
12	Développer une politique en santé mentale, partenariale et territoriale.....	189
13	Prévenir les maladies chroniques et améliorer la qualité de vie des patients.....	203
14	Prévenir les cancers et améliorer le parcours de soins des patients.....	215
15	Améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladies cardio-neuro-vasculaires.....	227
	Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge	241
16	Développer une culture de la qualité et de la pertinence	243
	Développer la performance et l'innovation du système de santé	255
17	Favoriser l'accès à l'innovation en santé	257
18	Conforter la démographie des professionnels de santé pour garantir l'accès aux soins.....	273
	Mieux préparer le système de santé aux événements exceptionnels	281
19	Définir les réponses adaptées aux situations sanitaires exceptionnelles	283
	Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale	291
20	Mobiliser l'utilisateur comme acteur en santé.....	293
21	Favoriser les partenariats au service d'une politique de santé territorialisée	303
	Les objectifs quantifiés de l'offre de soins.....	313
	La permanence des soins en établissement de santé.....	353
	Les indicateurs	371
	Les indicateurs de la Stratégie nationale de santé	373
	Les indicateurs du Schéma régional de santé.....	374

PREVENIR LES ATTEINTES PREMATUREES A LA SANTE ET A LA QUALITE DE VIE

1 Lutter contre les inégalités de santé en agissant sur les déterminants et en développant la promotion de la santé

Le contexte

Malgré l'allongement de la durée de vie, malgré l'amélioration des techniques médicales et du fonctionnement du système de soins, des disparités sociales significatives persistent en matière de santé.

Les inégalités sociales de santé se définissent comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale et s'expriment par des différences d'état de santé mesurables entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population selon un « gradient » qui suit notre hiérarchie sociale, s'installent dès l'enfance et se développent tout au long de la vie. Ainsi :

- ⊕ En grande section de maternelle, la proportion d'enfants souffrant d'obésité est 5,8% pour les enfants d'ouvriers et 1,3% pour les enfants de cadres ;
- ⊕ Le tabagisme quotidien est de 42% chez les ouvriers non qualifiés et de 19% chez les cadres.

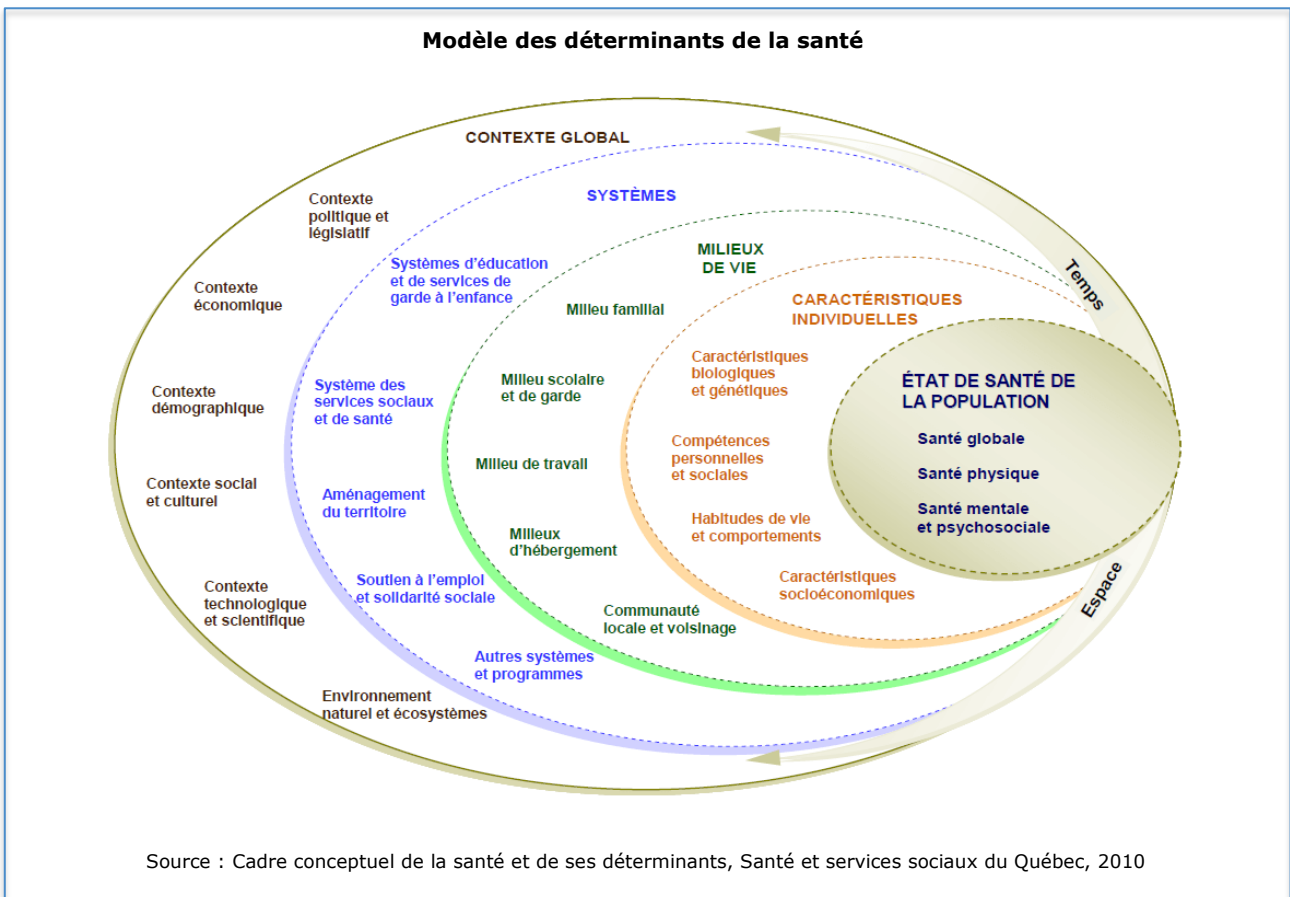
Les inégalités territoriales de santé font référence à l'hétérogénéité de l'état de santé des populations vivant sur des territoires différents, de par leur géographie, mais aussi leur démographie, industrialisation, urbanisation, aménagement du territoire...

Les inégalités environnementales de santé font référence à l'hétérogénéité des risques pour la santé résultant :

- ⊕ de différentiels d'exposition : certains territoires ou certaines populations sont plus exposés que d'autres aux facteurs environnementaux, comme par exemple les territoires à risque radon, ou l'exposition accrue des enfants compte tenu de leurs comportements (fait de porter les objets à la bouche, déplacements au ras du sol...) ;
- ⊕ de différentiels de vulnérabilité des populations : à condition d'exposition équivalente, les effets sur la santé sont plus importants chez certaines populations, en fonction de leur âge, de leur état de santé, de leur statut social...

Ces trois dimensions des inégalités de santé sont étroitement intriquées.

La santé de la population est largement déterminée par des facteurs extérieurs au système de soins (logement, quartier, revenus, éducation, relations sociales, travail, etc.) ce qui donne sens à l'intégration de la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques.



La loi de modernisation de notre système de santé précise que la politique de santé « *tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ».

L'article 1 en décrit les attendus : « *les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé* ».

Pour réduire les inégalités sociales de santé, il n'est pas suffisant de déployer des actions vers les personnes ou les groupes les plus défavorisés socialement (détenus, personnes sans logement, migrants, etc.), il faut promouvoir des politiques publiques favorables à la santé et prendre davantage en compte le « gradient social » pour répondre de manière équitable et proportionnée aux besoins de tous les groupes sociaux. Si les inégalités ont un coût pour le système de santé, elles ont aussi un impact majeur sur la cohésion sociale. Les inégalités sociales sont injustes et évitables.

Les finalités

Les quatre principes d'action en promotion de la santé suivants seront davantage portés, partagés et pris en compte dans le déploiement des politiques publiques :

Une action précoce. L'état de santé d'une personne dépend pour beaucoup des conditions et du milieu dans lesquels elle a grandi ; c'est pourquoi il importe d'agir prioritairement sur la périnatalité et la petite enfance. Pour autant, cet objectif n'est pas l'apanage des politiques de la petite enfance mais s'applique à toutes les interventions (prévention, dépistage...) et pour tous les publics quel que soit leur âge.

La participation des personnes. La promotion de la santé est un processus qui permet aux personnes d'avoir un meilleur contrôle sur leur santé et ses déterminants (« *empowerment* » : accroissement de la capacité à agir), et donc de l'améliorer.

Des actions universelles et proportionnées. On privilégie ici les actions destinées à un groupe dans son ensemble (universalité), sans considération de la situation sociale de ceux qui le composent, (ex : tous les élèves d'une classe, les salariés d'une entreprise, etc.) mais en ayant recours à des méthodes d'intervention qui combinent deux avantages : ne pas stigmatiser (c'est le risque avec des actions ciblées sur les plus démunis) et viser un bénéfice qui soit proportionné aux besoins de chacun, du plus favorisé au moins favorisé. Pour lutter contre les inégalités de santé, il faudra donc préférer l'équité à l'égalité. L'égalité consiste à proposer le même service, la même action pour tous (sachant que l'action va surtout bénéficier aux plus favorisés socialement). L'équité consiste à apporter une réponse destinée à un groupe (action universelle) et bénéficiant à chacun selon ses besoins (action proportionnée).

Des stratégies intersectorielles. La démarche intersectorielle doit s'illustrer à tous les niveaux (national, régional, départemental et local) pour favoriser une action concertée et transversale sur les déterminants de la santé. Les services représentant le Ministère de la santé ont un rôle de chef de file sur leur territoire mais auront à favoriser la prise en compte des impacts sur la santé des autres politiques publiques.

L'intégration de la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques sera favorisée. Cette mobilisation collective s'appuiera sur les cinq chantiers suivants :

- Elaborer en Bretagne un cadre politique partagé en matière de lutte contre les inégalités de santé
- Intégrer les principes de promotion de la santé dans les différents domaines d'intervention de l'ARS
- Faire en sorte que les actions de prévention bénéficient à chacun selon ses besoins
- Favoriser un environnement favorable à la santé, notamment par l'urbanisme
- Promouvoir la santé en milieu professionnel

Chantier 1 : Co-construire en Bretagne un cadre politique partagé en matière de lutte contre les inégalités de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Si l'Agence Régionale de Santé est l'autorité régionale compétente et légitime pour piloter le système régional de santé et la politique de santé publique en Bretagne, l'ambition de réduire les inégalités de santé nécessite elle une mobilisation bien plus large de tous ceux dont les décisions publiques ou l'action locale peuvent contribuer sensiblement à l'amélioration de la santé de toute la population.

Toutes les politiques améliorant les conditions de vie au quotidien auront un impact favorable pour la santé (déterminants de la santé) et si elles peuvent bénéficier à toutes les catégories sociales selon leurs besoins (équité), alors elles contribuent à réduire les inégalités de santé.

La réduction des inégalités de santé nécessite que les décideurs soient conscients que 80% de ce qui fait la santé de la population est extérieur au système de soins et que l'espérance de vie est moins déterminée par le ratio médecins/habitants que par les conditions de vie au quotidien.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Faire connaître le modèle des déterminants de la santé et les enjeux de la lutte contre les inégalités sociales de santé

- ⊕ Déployer des **actions de sensibilisation à destination des élus** et avec eux, notamment en prenant appui sur les ressources du réseau des villes santé OMS, l'association « Elus santé publique et territoire, le réseau Bruded et l'EHESP. Ces actions seront également **déployées auprès des autres décideurs**, notamment les services de l'Etat (Préfecture, Travail, Education Nationale, Environnement...) et les collectivités territoriales.
- ⊕ Elaborer des **modules de formation** en collaboration avec les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

2. Améliorer nos connaissances sur les inégalités sociales de santé en Bretagne

- ⊕ **Mieux mesurer, observer et décrire le phénomène des inégalités sociales de santé** dans les territoires pour renforcer l'intégration de ces données dans les processus de décision. Au-delà des indicateurs quantitatifs classiques, le choix d'indicateurs pertinents s'appuiera sur des méthodes qualitatives, sur des recueils thématiques et/ou auprès de populations à cibler (petite enfance, personnes en situation de handicap, milieu du travail...) en veillant à croiser les différentes dimensions (santé, social, environnement).
- ⊕ **Promouvoir la diffusion des travaux** existants pour faire connaître l'efficacité de la promotion de la santé sur la prévalence des maladies, sur les dépenses de santé et sur les inégalités de santé.

3. Favoriser le partage d'expérience par le repérage des initiatives locales

- ⊕ Structurer en Bretagne un **réseau de personnes ressources** sur la question des inégalités sociales de santé en vue d'identifier les actions probantes déployées sur la région et de les diffuser dans le cadre de journées de partage d'expériences.

4. Formaliser une charte politique d'engagement de lutte contre les inégalités sociales de santé

- ⊕ Constituer, par cette charte, un **cadre de référence pour l'engagement de chaque signataire** dans l'action territoriale via les contrats de ville, les contrats de ruralité, les contrats de territoires.

5. Nouer des partenariats privilégiés pour la santé en milieu scolaire

Au regard des principes d'action en promotion de la santé et notamment la nécessité d'agir précocement, le renforcement des actions en milieu scolaire apparaît comme un outil fort de réduction des inégalités.

- ⊕ Rechercher et stabiliser un **partenariat privilégié avec les acteurs institutionnels et associatifs du secteur de l'éducation**. La convention ARS/Rectorat constituera le cadre privilégié de partenariat pour la mise en œuvre d'actions concertées à destination des élèves bretons. Dans le cadre du plan académique santé social, le « parcours éducatif de santé » permettra d'agir sur la qualité et la pertinence des actions de prévention et de promotion de la santé.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de personnes informées / sensibilisées à la problématique des inégalités de santé

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan académique santé / social ;
- ⊕ Plan régional santé-environnement (PRSE) ;
- ⊕ Plan régional santé au travail (PRST).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Périnatalité-Enfants-Jeunes, Partenariats.

Chantier 2 : Développer la promotion de la santé sur de nouveaux projets

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Si la promotion de la santé est reconnue comme étant un levier efficace de lutte contre les inégalités de santé, les principes qui la fondent méritent d'être mieux connus et davantage pris en compte, notamment par la mise en œuvre d'expérimentations et d'appels à projets.

Au-delà de la mobilisation des acteurs traditionnels de la prévention (associations, centres de santé, centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, PMI...), il s'agira d'impliquer, plus largement, les partenaires institutionnels et de la démocratie en santé, ainsi que les acteurs du soin (établissements de santé, médecine de ville...). L'implication de ces derniers pourra notamment s'appuyer sur le nouveau dispositif du « **service sanitaire** » pour former les futurs professionnels aux enjeux de prévention et de promotion de la santé.

L'efficacité des actions mises en œuvre devra être mesurée et évaluée.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Sensibiliser le grand public

- ⊕ Déployer des **actions de communication** à destination du grand public pour mieux faire connaître les principes de promotion de la santé, pour lesquelles le réseau des partenaires pourra être utilement mobilisé.

2. Favoriser la prise en compte de la promotion de la santé dans les projets des professionnels de santé libéraux

- ⊕ Mener des **expérimentations avec des sites volontaires** porteurs de projets de santé dans le cadre des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires...).

3. Favoriser l'implication des établissements de santé et des GHT sur les projets de promotion de la santé

- ⊕ Introduire dans les projets médiaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) un **volet promotion de la santé et un volet prévention** prenant en compte les inégalités sociales de santé, conformément à la recommandation du Haut conseil de la santé publique (HCSP). Ce volet sera développé dans les huit PMP sur la durée du PRS, et sera construit à partir des données du diagnostic territorial partagé du GHT (recommandation 1)

4. Mieux intégrer les enjeux liés à la lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé dans les avis rendus par l'ARS sur les documents d'urbanisme et de planification

- ⊕ Les avis émis par l'ARS sur les projets de **PLU(i)** (plans locaux d'urbanisme intercommunaux) et de **SCOT** (schémas de cohérence et d'organisation territoriale) **prendront en compte les enjeux liés**

à la **réduction des inégalités de santé**. Ceci permettra de renforcer la prise en compte de la santé dans les démarches de planification et d'aménagement du territoire.

5. Promouvoir la santé sur les territoires par le déploiement de contrats locaux de santé

- ⊕ Mobiliser et sensibiliser les élus de proximité sur la nécessaire **prise en compte de la santé dans les politiques locales** (déplacements, aménagement du territoire, habitat, restauration scolaire...).
- ⊕ Intégrer dans chaque nouveau contrat local de santé (CLS) **un axe stratégique « Promotion de la santé »** visant à favoriser le déploiement d'actions de prévention et de promotion de la santé sur les déterminants individuels et collectifs (dont l'environnement). La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé constitue également un objectif transversal des CLS.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'actions de prévention menées par les établissements de santé au titre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan régional Santé Environnement.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Périnatalité-Enfants-Jeunes, Innovation, Usager acteur en santé.

Chantier 3 : Faire en sorte que les actions de prévention bénéficient à chacun selon ses besoins

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'OMS analyse les causes de décès dans le monde en distinguant les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Ces dernières représentent 68% des décès et concernent 4 types de maladies : le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires chroniques. L'INCA et le Ministère de la santé ont rappelé dans une campagne lancée en septembre 2016 que 40% des cancers pourraient être évités en prenant mieux en compte l'alimentation, l'exercice physique et la consommation d'alcool et de tabac.

La Bretagne est la deuxième région de France métropolitaine où la mortalité prématurée évitable est la plus importante : la mortalité prématurée par suicide est près de deux fois plus élevée ; la situation est également défavorable chez les hommes pour le cancer des voies aérodigestives supérieures et les pathologies liées à l'alcool.

La mortalité est plus marquée dans l'Ouest de la Bretagne et le long d'une ligne qui joint Redon à Morlaix. L'Ille-et-Vilaine est l'exception bretonne avec des taux de mortalité inférieurs à la France métropolitaine. A l'opposé, le Finistère présente la situation la plus défavorable pour la mortalité générale et les Côtes d'Armor pour la mortalité prématurée, même si les écarts se resserrent dans le temps, particulièrement pour la mortalité prématurée.

Pour certaines pathologies, la prévalence est moindre en Bretagne qu'en France : diabète, obésité, maladie d'Alzheimer, infection à VIH et Sida, hépatites virales.

De nombreuses études ont montré que les actions de prévention bénéficient davantage aux personnes les plus favorisées et même s'il existe des actions ciblées sur les plus démunis, l'objectif de réduction des inégalités nous invite à faire en sorte que les actions de prévention prennent davantage en compte le gradient social, les inégalités de santé liées au genre, les principes de promotion de la santé et les capacités individuelles.

Par ailleurs il conviendra de déployer un effort de pédagogie en faveur de la vaccination afin de favoriser l'adhésion de la population.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Mettre en œuvre des actions de prévention au long du parcours de la personne prenant mieux en compte les inégalités de santé

- ⊕ Amplifier, dans le cadre du parcours de santé et de vie de la personne, les actions portant sur les **grands facteurs de risque** que sont l'alcool, le tabac, l'alimentation et la sédentarité, ainsi que celles portant sur la santé mentale (dépression, isolement...) et la prévention du suicide, la vaccination, la mise en œuvre de la stratégie nationale santé sexuelle (voir thèmes 8, 11, 12 et 13).
- ⊕ Accroître dans toutes ces actions la prise en compte du **gradient social**, des inégalités de santé liées au genre, et des **principes de promotion de la santé** :
 - Des actions de prévention universelles et proportionnées, c'est-à-dire bénéficiant à toutes les catégories sociales proportionnellement à leurs besoins ;

- Des actions d'éducation pour la santé renforçant les compétences, la motivation et la confiance en soi et la capacité de chacun à agir pour sa santé ;
- Des actions élaborées avec les bénéficiaires ;
- Des actions précoces, dès le plus jeune âge (« parcours éducatif de santé »).

2. Renforcer notre stratégie régionale en matière de vaccination

- ⊕ Etablir un état des lieux de **l'enseignement consacré à la vaccination** dans les formations initiales des professionnels de santé (facultés, écoles de sages-femmes, IFSI), de sorte à développer cet axe de formation.
- ⊕ Actualiser la **formation continue des médecins libéraux et pharmaciens** de ville en lien avec les ordres professionnels.
- ⊕ Intégrer en routine la **vérification du statut vaccinal** de la patientèle.
- ⊕ Poursuivre les actions d'information sur la vaccination, notamment dans le cadre de la **semaine annuelle de mobilisation** des acteurs bretons.
- ⊕ Assurer la promotion de la vaccination obligatoire, ainsi que de la vaccination non obligatoire en fonction des besoins spécifiques de certaines populations : grippe (personnes vulnérables, soignants...), papillomavirus (jeunes femmes)...

3. Organiser la déclinaison de la stratégie nationale de santé sexuelle

La stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle se base sur les principes fondamentaux que sont l'autonomie, la satisfaction et la sécurité. Elle prend également en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle.

- ⊕ **Promouvoir la santé sexuelle pour tous et à tout âge** dans une approche globale et positive, répondant aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.
- ⊕ Développer les actions visant à **garantir à tous les mêmes droits** dans le domaine de la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.

Ces priorités seront également déclinées dans les thèmes du SRS relatifs aux addictions, aux enfants et jeunes, aux maladies chroniques et à la précarité.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Couverture vaccinale à 9 mois (ou à 1 an) pour les 11 vaccins obligatoires

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Stratégie nationale de santé sexuelle ;

- ➔ Plan Cancer ;
- ➔ Plan national de lutte contre les addictions.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ➔ Précarité, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Addictions, Santé mentale, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires.

Chantier 4 : Promouvoir un environnement favorable à la santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

De nombreux enjeux actuels de santé publique sont étroitement liés à la qualité de l'environnement et du cadre de vie: asthme, stress, dépression, obésité, exposition aux polluants et nuisances, inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. Il est aujourd'hui largement reconnu, que les choix d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations.

Cet axe sera investi dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé et l'action sur les déterminants car il permet une action très en amont et sur des enjeux de long terme. Par son caractère transversal, il fait appel à différents leviers de la compétence des collectivités publiques permettant d'agir sur un éventail très large de déterminants.

C'est ce qu'illustre le schéma suivant :

Déterminants de santé	Objectifs visés (pour un Urbanisme favorable à la santé)
Famille I : modes de vie, structures sociales et économiques	
1- Comportements de vie favorables à la santé	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser les déplacements et modes de vie actifs Inciter aux pratiques de sport et de détente Inciter à une alimentation saine
2- Cohésion sociale et équité	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la mixité sociale, générationnelle, fonctionnelle Construire des espaces de rencontre, d'accueil et d'aide aux personnes vulnérables
3- Démocratie locale/citoyenneté	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la participation au processus démocratique
4- Accessibilité aux équipements, aux services publics et activités économiques	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accessibilité aux services et équipements
5- Développement économique et emploi	<ul style="list-style-type: none"> Assurer les conditions d'attractivité du territoire
Famille II : cadre de vie, construction et aménagement	
6- Habitat	<ul style="list-style-type: none"> Construire ou réhabiliter du bâti de qualité (luminosité, isolation thermique et acoustique, matériaux sains...)
7- Aménagement urbain	<ul style="list-style-type: none"> Aménager des espaces urbains de qualité (mobiliers urbains, formes urbaines, ambiances urbaines, offre en espaces verts...)
8- Sécurité-tranquillité	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la sécurité des habitants
Famille III : milieux et ressources	
9- Environnement naturel	<ul style="list-style-type: none"> Préserver la biodiversité et le paysage existant
10- Adaptation aux changements climatiques	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'adaptation aux événements climatiques extrêmes Lutter contre la prolifération des maladies vectorielles
11- Air extérieur	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité de l'air extérieur
12- Eaux	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité et la gestion des eaux
13- Déchets	<ul style="list-style-type: none"> Inciter à une gestion de qualité des déchets (municipaux, ménagers, industriels, de soins, de chantiers,...)
14- Sols	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité et la gestion des sols
15- Environnement sonore et gestion des champs électromagnétiques	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité sonore de l'environnement et gérer les risques liés aux champs électromagnétiques

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Aménager et construire un cadre de vie favorable à la santé

- ⊕ **Accompagner l'élaboration des documents de planification, d'aménagement du territoire et d'urbanisme** pour une meilleure intégration des enjeux de santé en amont des réalisations. Différents leviers peuvent être mobilisés, depuis la sensibilisation des bureaux d'étude, des élus et des techniciens des collectivités jusqu'aux avis rendus par l'ARS (voir chantier 2). L'animation et la mise en œuvre de cet objectif du PRSE 2017-2021 sera assurée par l'ARS et la DREAL au travers d'un groupe de travail multi-partenarial.

2. Agir pour une meilleure prise en compte des enjeux santé environnement dans les politiques territoriales

- ⊕ Renforcer cette prise en compte, particulièrement dans les **contrats locaux de santé** (voir le thème 21, relatif aux partenariats) mais aussi dans les contrats de ville, les contrats de ruralité... Cela sera facilité par la mise à disposition du « guide du diagnostic en santé environnement » (ORS/ARS).

3. Soutenir et accompagner le déploiement de la méthode d'évaluations d'impact sur la santé (EIS) en Bretagne

Les EIS visent à évaluer les impacts favorables ou défavorables sur la santé et constituent en cela un appui à un processus de décision. Selon les éléments de contexte, les enjeux du projet et les ressources disponibles (humaine, financière et temporelle), elles peuvent être appliquées à différents secteurs tels que le transport, l'industrie, les ressources naturelles et le développement urbain. S'efforçant de repérer si les groupes les plus vulnérables ou en difficulté sont plus ou moins affectés par ces effets, elles contribuent à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

- ⊕ **Faire connaître et valoriser la démarche** d'EIS (publications, journées de sensibilisation).
- ⊕ **Accompagner quelques réalisations** dans le cadre de projets concrets : projets d'aménagement de centres-bourgs inscrits dans les contrats de ruralité, implantation/construction de bâtiments publics...

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des schémas de cohérence territoriale (SCoT) bretons intégrant les enjeux d'un urbanisme favorable à la santé

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan Régional Santé Environnement ;
- ⊕ Schéma Régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Maladies chroniques.

Chantier 5 : Promouvoir la santé en milieu professionnel

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les conditions de travail ont un fort impact sur l'état de santé, ce dernier impactant lui-même l'état de santé les trajectoires professionnelles. Une attention particulière au lien entre santé et travail, et particulièrement à l'exposition aux facteurs de risques psycho-sociaux (RPS) et à la qualité de vie au travail.

Le rapport sur l'état de santé de la population en France précise que 61% des actifs occupés sont exposés à trois facteurs ou plus de RPS et 4% sont exposés aux six facteurs de risques : intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeur, insécurité de la situation de travail. C'est parmi les employés non qualifiés que cette proportion est la plus élevée.

Conformément au plan régional de santé au travail (PRST), il s'agit de faire en sorte que le réseau des acteurs de la prévention fasse réellement système au bénéfice de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la prévention pour le plus grand nombre. De même il est important que l'impact des actions menées par l'ensemble des acteurs contribue à renforcer la légitimité de l'intervention de chacun.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Agir en faveur de la santé au travail des professionnels du système de santé

- ⊕ Déployer la stratégie nationale « **Prendre soin de ceux qui nous soignent** » en établissements de santé, en établissements médico-sociaux et auprès des professionnels de santé libéraux.
- ⊕ Identifier, dans le cadre de la commission régionale paritaire, les modalités de coordination des **actions à mettre en œuvre au sein des établissements de santé**.
- ⊕ Poursuivre et évaluer le **dispositif de bilan de santé** mis en place par le Conseil Régional de l'Ordre des médecins, la CPAM et l'ARS à destination des **médecins bretons** (libéraux ou salariés, généralistes ou spécialistes).
- ⊕ Intégrer les modules relatifs à la qualité de vie au travail et la prévention des risques dans les **formations initiale et continue** des professionnels.
- ⊕ S'inscrire dans l'objectif opérationnel n°2 du Plan régional santé au travail 2016-2020 (PRST) de la DIRECCTE visant à **améliorer les conditions de travail des personnels de l'aide à domicile**. La politique de santé visant le maintien au domicile de la personne chaque fois que cela est possible, il est essentiel de développer, en concertation avec les acteurs, les actions de prévention des risques et d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de ce secteur

2. Co-construire une stratégie partagée autour de la santé en milieu professionnel

- ⊕ S'inscrire dans l'objectif opérationnel n°4 du PRST visant à **améliorer la qualité de vie au travail**, notamment pour lutter contre les risques psycho-sociaux et favoriser le bien-être au travail.

- ⊕ S'inscrire dans l'objectif opérationnel n°6 du PRST visant à **agir en transversalité pour promouvoir un environnement de travail favorable à la santé**. Le milieu de travail peut en effet utilement être vecteur de messages de promotion de la santé, et de prévention. Ces actions seront donc concertées avec la DIRECCTE, la CARSAT, la MSA, l'Agence régionale d'amélioration des conditions de travail, les services de santé au travail ainsi que les organismes professionnels.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux d'absentéisme au sein des établissements et services médico-sociaux et des établissements publics de santé de plus de 300 agents

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan Régional Santé au Travail 2016-2020.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Démographie des professionnels de santé, Partenariats.

GARANTIR L'ACCES A UNE OFFRE DE SANTE ADAPTEE AU PLUS PRES DU DOMICILE



2 Accompagner les évolutions organisationnelles des professionnels de santé pour améliorer la réponse de proximité

Le contexte

Un des grands enjeux de la loi de modernisation de notre système de santé et de la stratégie nationale de santé est d'assurer aux usagers un égal accès à des soins de qualité à travers une meilleure organisation des soins de proximité.

Ces soins de proximité sont essentiellement couverts par l'offre de soins ambulatoire, qu'elle soit libérale ou salariée (professions médicales et paramédicales, centres de soins et de santé...), en collaboration avec les établissements de santé, publics et privés, les structures médico-sociales et sociales.

Les missions de l'offre ambulatoire, en particulier celles du médecin généraliste, dépassent la prise en charge curative des patients : orientation du patient dans le système de santé, coordination des soins, coopération avec les professionnels intervenant auprès du patient, synthèse des informations issues de la trajectoire de ses patients, actions de prévention et de dépistage, accueil et formation de stagiaires...

L'évolution de ces missions doit aussi prendre en considération le virage ambulatoire des établissements de santé. D'autre part, elle intègre l'allongement de l'espérance de vie, le développement des maladies chroniques, l'enjeu du maintien à domicile, la multiplication des intervenants dans le parcours de santé, la reconnaissance des droits des usagers, les inégalités de répartition de certaines professions libérales. Il en résulte un changement du cadre professionnel qui nécessite une évolution de l'organisation des soins de 1^{er} et de 2^{ème} recours.

Dans un cadre partenarial renforcé, fondé sur l'accompagnement des dynamiques issues des territoires et le soutien à l'innovation, c'est en travaillant sur l'évolution des organisations qu'il est possible de répondre à certains enjeux du système de santé, auxquels les professionnels de santé de proximité et l'Agence régionale de santé sont confrontés pour accentuer le virage ambulatoire, à savoir :

- Conforter l'accès aux soins de premier recours ;
- Améliorer la qualité des soins au meilleur coût ;
- Poursuivre le décloisonnement du système de santé.

Les finalités

Accompagner le développement des exercices coordonnés pluri professionnels en soins primaires. Il conviendra de poursuivre et renforcer la politique régionale d'organisation des soins ambulatoires en impliquant les professionnels de santé libéraux dans la structuration de l'offre de soins de 1^{er} et 2^{ème} recours. Il s'agira notamment de développer les exercices coordonnés sur l'ensemble de la

région avec une attention particulière pour les territoires en situation fragile sur le plan de la démographie médicale.

Développer la prévention dans les pratiques des professionnels de proximité. Il est nécessaire de mobiliser et d'accompagner les professionnels de santé libéraux dans le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé, ciblées sur les priorités régionales de santé publique.

Faciliter le développement de la coordination et de la coopération entre les acteurs de soins de proximité, du premier et du second recours. Une approche coordonnée et/ou coopérative de l'exercice des professionnels de santé en proximité contribue à améliorer la qualité des prises en charge des patients, à éviter les ruptures dans leur parcours de santé, optimise le temps de chaque professionnel et limite la charge de leurs contraintes. Elle rompt l'isolement et rend l'innovation plus accessible dans les modes de prises en charge. Le système de santé gagne ainsi en efficience.

Développer la complémentarité et les coopérations entre l'offre de soins ambulatoire et les autres acteurs de santé, hospitaliers et médico-sociaux. Une approche globale et transversale des patients, passe par une organisation structurée des soins de proximité qui est indissociable d'une coopération formalisée avec les professionnels du médico-social et de l'offre hospitalière.

Chantier 1 : Accompagner le développement des exercices coordonnés pluri professionnels en soins primaires

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Face aux constats sur les inégalités de répartition de l'offre ambulatoire et sur les difficultés d'accès aux soins qui peuvent en résulter, un des enjeux du PRS précédent a été de faire évoluer les organisations des professionnels du 1^{er} recours afin de répondre aux aspirations des jeunes médecins et aux évolutions des pratiques souhaitées par les professionnels en exercice. La politique volontariste menée par l'ARS Bretagne et ses partenaires a permis de développer considérablement l'exercice coordonné en soins primaires sur la région. Organisées autour du médecin généraliste, pivot des soins de 1^{er} recours et acteur de première ligne, les organisations pluri-professionnelles coordonnées mises en place ont en effet pu démontrer tout leur intérêt, permettant de contribuer à :

- l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients
- le renforcement de l'attractivité d'un exercice professionnel dans les territoires les plus fragiles démographiquement.

Cette démarche doit s'appuyer sur la mobilisation et des initiatives des acteurs de terrain (professionnels de santé, élus...) afin d'être accompagnée sur les plans méthodologique et financier par l'ARS.

Cette organisation de l'offre de soins de 1^{er} recours doit être poursuivie afin d'améliorer l'accès aux soins, d'optimiser les parcours de santé de la population et de faciliter les coopérations avec les autres acteurs du système de santé.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Poursuivre l'accompagnement des acteurs du 1^{er} recours dans la mise en œuvre de pratiques coopératives.

L'accompagnement des acteurs dans leurs projets se fera dans le respect des principes suivants :

- ⊕ Soutenir l'émergence des équipes **sur des territoires où la dynamique est portée par les professionnels de santé** et centrée autour d'une patientèle ou d'une population ;
- ⊕ Prioriser le développement de ces organisations **sur des territoires démographiquement fragiles**;
- ⊕ Favoriser le développement de ces organisations **sur des territoires offrant une large gamme de services de proximité**, facteurs qui peuvent concourir à de nouvelles installations ;
- ⊕ Inscrire ces nouvelles organisations dans une logique territoriale, en cohérence avec les organisations et coopérations déjà en place ;
- ⊕ **Impliquer davantage les patients**, usagers et aidants, dans la formalisation et la mise en œuvre des projets de santé.

2. Soutenir et adapter les formes d'organisations professionnelles à la réalité des acteurs et à leur mode de fonctionnement

- ⊕ Poursuivre l'accompagnement des **maisons de santé pluri-professionnelles** (MSP). La MSP, organisation la plus formalisée de l'exercice coordonné, correspond aujourd'hui à une « structure » professionnelle libérale permettant de répondre aux conditions de financement fixées par l'accord conventionnel interprofessionnel. Ce type d'organisation nécessite, pour les professionnels de santé, un temps de formalisation et de maturation certain qui doit être pris en compte dans l'accompagnement.
- ⊕ Accompagner l'émergence des **équipes de soins primaires** (ESP). Les ESP, créées par la loi de modernisation du système de santé en 2016, permettent de reconnaître des formes de coopération plus souples que les maisons de santé pluri-professionnelles. L'implication d'un seul médecin suffit en effet suffire pour une ESP. La notion d'équipe de soins primaires peut ainsi s'apparenter à la première marche de la formalisation d'un exercice coordonné.
- ⊕ Accompagner l'implantation des **centres de santé polyvalents**. Ces structures peuvent être assimilées aux maisons de santé pluri-professionnelles en termes d'activités réalisées et d'exigences attendues sur l'organisation pluri-professionnelle. Ils s'en distinguent par le statut salarié des professionnels, et reposent donc sur des modes de fonctionnement et de financement différents. Ils peuvent être une offre dans certains territoires, complémentaire de l'offre libérale, pour répondre à des problématiques de démographie médicale et/ou en raison des caractéristiques de la population.

3. Adapter les politiques publiques pour développer les différentes démarches d'exercice coordonné

- ⊕ **Accompagner les professionnels** de santé pour faire converger des organisations conformes à la réalité du terrain, et les orienter progressivement vers des modèles de coordination éligibles à des financements pérennes.
- ⊕ Ancrer les organisations (ESP, MSP, Centres de santé) sur un **projet de santé** qui doit permettre de définir les coopérations des professionnels au service du patient.
- ⊕ **Contractualiser** sur des projets de santé pensés à une échelle territoriale cohérente avec celle de la patientèle partagée entre les acteurs.
- ⊕ **Intégrer l'organisation en matière de santé à une politique régionale d'aménagement du territoire**, partagée entre l'ensemble des partenaires institutionnels (collectivités territoriale, Etat, URPS, Assurance maladie).

4. Inscrire les professionnels de santé dans une démarche qualité

Il s'agira de favoriser l'accompagnement de projets de santé qui prennent en compte :

- ⊕ l'organisation de la **concertation pluriprofessionnelle** qui inscrit le patient dans une prise en charge globale,
- ⊕ la mise en œuvre de **protocoles définissant**, dans le respect des recommandations de bonne pratique et des règles déontologiques, **le rôle de chaque professionnel** de santé dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques,
- ⊕ le **renforcement des pratiques préventives visant notamment** l'éducation thérapeutique du patient pour les maladies chroniques, le maintien à domicile des patients âgés ou dépendants (anticipation des sorties hospitalisation...), le recours aux services de santé des personnes

vulnérables ou éloignées du système de santé, la lutte contre la dénutrition, les campagnes vaccinales ou de dépistage des cancers...

- ⊕ **l'accueil de stagiaires** au cours de la formation des jeunes professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...), ainsi que le développement professionnel continu **et la recherche en soins primaires**,
- ⊕ l'organisation de la **continuité des soins** et de la réponse aux **demandes de soins non programmées** en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires,
- ⊕ **le partage de l'information entre les professionnels intervenant auprès d'un patient**, par le déploiement de la messagerie sécurisée de santé, du dossier médical partagé, par la mise en place d'un système d'information partagé, l'accès et l'utilisation des services numériques d'appui aux parcours de santé
- ⊕ l'articulation avec les autres acteurs du territoire (médecins spécialistes et réseaux de santé, acteurs hospitaliers, sociaux et médico-sociaux) afin de favoriser une **continuité dans les parcours de santé**,
- ⊕ **l'auto-évaluation des organisations** et du service rendu au patient (ex : recueil des événements indésirables, grille de maturité, analyse sur la qualité des pratiques...).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de structures d'exercice coordonné (ESP, MSP, centres de santé) en région

Chantier 2 : Développer la prévention et la promotion de la santé dans les pratiques des professionnels de proximité

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Pour faire face aux défis majeurs que sont l'allongement de la durée de vie, la progression des maladies chroniques et la persistance des inégalités de santé qui influent sur l'état de santé, l'adaptation de notre système de santé apparaît essentiel.

Pour y répondre, la loi de modernisation de notre système de santé et la stratégie nationale de santé donnent une priorité à la prévention, le premier objectif étant de tout faire pour éviter que la maladie apparaisse. Avec deux consultations en moyenne par an et par habitant, les médecins traitants, et plus largement les professionnels de 1^{er} recours, occupent une place privilégiée pour promouvoir la prévention et l'éducation à la santé. Avec la volonté affichée de réorganiser notre système de santé vers une médecine de parcours en proximité des patients, le développement de la promotion de la santé et de la prévention dans les pratiques des professionnels de soins primaires apparaît donc légitime et nécessite d'être accompagné. Ainsi, le rôle et les contributions que peuvent apporter les professionnels de premier recours dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention doivent être développés et valorisés.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Former les professionnels de santé

La mise en œuvre d'une politique de prévention efficiente au sein des ESP nécessite un accompagnement préalable des professionnels de 1^{er} recours dans l'acquisition des compétences.

- ⊕ Soutenir les professionnels dans **l'appropriation de messages ciblés à délivrer vers des patients** dans des situations particulières, à l'image des formations « repérage précoce et intervention brève » dans le champ de l'addiction, ou par la diffusion de supports, afin qu'ils puissent relayer une campagne de prévention grand public.
- ⊕ Former les professionnels de santé sur les principes d'intervention dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé et dans la mise en œuvre de projets plus ambitieux, comme des **programmes d'éducation thérapeutique** pour des patients atteints de pathologies chroniques.

2. Inscrire les actions et projets de prévention dans les projets de santé pluri-professionnels

Ces dernières années, le soutien apporté aux professionnels de soins primaires s'est prioritairement axé sur l'organisation d'un exercice pluriprofessionnel. Grâce au développement de pratiques plus coopératives, les équipes de soins primaires (ESP) peuvent constituer des leviers pour ancrer les actions de santé publique dans le champ des soins primaires.

- ⊕ Introduire la **promotion de la santé et la prévention dans les projets de santé des ESP**. Ces projets, par une meilleure coordination des acteurs, visent en effet, selon la loi « *la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités*

sociales et territoriales de santé ». Préalablement, il conviendra, en lien avec les priorités régionales de santé publique, d'identifier le type d'actions de prévention à développer par les acteurs du 1^{er} recours.

- ⊕ **Adapter la politique d'appels à projets** dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention au mode de fonctionnement et aux pratiques des professionnels de santé de proximité.

3. Appuyer le médecin traitant dans les démarches de prévention

Les contraintes d'exercice de certains professionnels de 1^{er} recours, et notamment le manque de temps, justifient qu'un appui, en particulier au médecin traitant, leur soit apporté, pour leur permettre **d'orienter leurs patients vers des dispositifs spécifiques**. Cet objectif demande de :

- ⊕ Déléguer certaines activités de prévention ou d'éducation à la santé vers des professionnels du territoire ayant développé des compétences spécifiques en la matière ;
- ⊕ Identifier et orienter les patients vers des intervenants spécialisés (activité physique adaptée dans le cadre de la prévention des chutes, service hospitalier spécialisé dans le sevrage tabagique ou alcoolique, ...) en développant des modalités de collaboration avec ces acteurs.

4. Valoriser l'activité de prévention

Si l'efficacité de la prévention passe par des actions adaptées et répétées auprès des patients, elle impacte nécessairement l'activité du professionnel par le temps à y consacrer. Il apparaît donc nécessaire de valoriser l'investissement des professionnels dans les activités de promotion de la santé et de prévention. Si les nouvelles nomenclatures définies dans le champ conventionnel apportent une première reconnaissance du rôle des professionnels de 1^{er} recours, notamment du médecin traitant, la valorisation du travail des professionnels de santé libéraux est une condition à ne pas omettre pour inscrire la prévention dans leur pratique quotidienne.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des structures d'exercice coordonné ayant mis en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé dans l'année

Chantier 3 : Faciliter le développement de la coordination et de la coopération entre les acteurs de soins de proximité, du premier et du second recours

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Une approche coordonnée et/ou coopérative des professionnels de santé contribue à améliorer la qualité des prises en charge des patients et à éviter les ruptures dans leur parcours de santé, optimise le temps de chaque professionnel et limite la charge de leurs contraintes, repositionne et valorise chaque professionnel de santé au regard de ses activités et de ses compétences, permet de rompre l'isolement et rend plus accessible l'innovation dans les modes de prises en charge. Le système de santé gagne ainsi en efficience.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer les protocoles pluri professionnels dans le respect du champ de compétence de chacun

L'objectif recherché est d'améliorer la qualité du processus de soins et d'optimiser le temps de chaque professionnel de santé.

- ⊕ S'appuyer sur les **évolutions des décrets de compétences** de certaines professions de santé (exemple des orthoptistes pouvant réaliser depuis peu des bilans visuels).
- ⊕ Inscrire la formalisation de protocoles **dans les projets de santé** des ESP, MSP et centres de santé.
- ⊕ **Capitaliser sur les protocoles mis en œuvre** dans les ESP, MSP et centres de santé.
- ⊕ **Partager les bonnes pratiques** entre les équipes pluri-professionnelles.

2. Développer les protocoles de coopération (articles 4011-1 et 2 du code de santé publique) visant les transferts d'actes ou d'activités de soins

A la différence des protocoles pluri-professionnels, les protocoles de coopération demandent une ingénierie plus complexe en raison d'un modèle économique qui doit être validé par les instances nationales avant d'être opérationnels (HAS, Ministères, CNAMTS). Un assouplissement est néanmoins prévu dans la stratégie nationale de santé.

- ⊕ **Favoriser l'adhésion des professionnels de santé aux protocoles de coopération existants** (ex : généralisation d'ASALEE, protocole entre médecins généralistes et infirmiers, dépistage rétinopathie visuelle...).
- ⊕ Accompagner les professionnels à **l'élaboration de nouveaux protocoles** de coopération en s'appuyant notamment sur les évolutions réglementaires relatives au champ de compétences des professionnels, telles que les nouvelles missions du pharmacien correspondant issues du décret du 5 avril 2011.

3. Déployer de nouveaux modes d'organisation

Entre professions médicales :

- ⊕ A partir d'une approche par population ou par pathologie, **mobiliser les ressources médicales selon** le processus le plus adapté au rôle de chacun et à **la gradation des soins** : pédiatre/médecin traitant, médecins de PMI/médecin traitant, gynécologue/sage-femme/médecin traitant, ophtalmologue/médecin traitant...
- ⊕ Organiser des **consultations avancées de médecins spécialistes libéraux**, en particulier sur les territoires les plus fragiles ou les plus éloignés de l'offre de deuxième recours.

En s'appuyant sur le maillage des officines de ville :

- ⊕ Pour les établissements qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération gérant une pharmacie à usage intérieur, informer les EHPAD de la possibilité de désigner un pharmacien référent dans le cadre d'une collaboration avec les médecins traitants et le médecin coordonnateur de l'EHPAD.
- ⊕ Permettre aux pharmaciens d'officine installés dans une commune ne disposant pas de laboratoire de biologie médicale, d'être un lieu de dépôt des prélèvements effectués par les infirmiers ou les médecins du même territoire.

4. Développer le partage d'informations et le sécuriser selon des solutions adaptées aux organisations professionnelles et pluri-professionnelles

Le déploiement des outils de partage d'informations structure et facilite les coopérations entre différents professionnels de santé pour la prise en charge d'une population d'un territoire.

- ⊕ Développer l'implantation et l'utilisation de **messageries sécurisées**, d'outils collaboratifs,
- ⊕ Faciliter la généralisation du Dossier Médical Partagé (DMP), en lien avec l'Assurance maladie,
- ⊕ Accompagner le déploiement de **systèmes d'information partagés** labellisés au sein des équipes pluri-professionnelles organisées,
- ⊕ S'appuyer sur les nouvelles technologies : **télé-expertise, téléconsultation, télémédecine**,
- ⊕ Favoriser les **échanges avec l'utilisateur** pour qu'il soit acteur de sa santé (« empowerment »)

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des structures d'exercice coordonné (ESP, MSP, centres de santé) ayant déployé un système d'information partagé labellisé

Chantier 4 : Développer la complémentarité et les coopérations entre l'offre de soins ambulatoire et les acteurs de santé hospitaliers et médico-sociaux

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La qualité et la continuité des prises en charge des patients passent par une organisation structurée des soins de proximité mais aussi par un travail organisé et complémentaire avec les professionnels du médico-social et du secteur hospitalier.

Dans ce sens, la loi de modernisation de notre système de santé a défini les équipes de soins primaires (voir chantier 1) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en reconnaissant le rôle premier des professionnels de santé pour faire émerger ces organisations. A ces dispositifs s'ajoutent la possibilité de constituer des plateformes territoriales d'appui (PTA) pour mettre à la disposition des professionnels de santé qui en font la demande les fonctions d'appui nécessaires à la coordination des parcours de santé complexes.

Ces mesures favoriseront une réelle évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de réponses ambulatoires coordonnées, visant à améliorer le parcours du patient, ou susceptibles de réduire les hospitalisations évitables et les prises en charge en urgence.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer les coopérations entre l'offre de soins de premier recours et l'offre de soins spécialisée

Selon les territoires, compte tenu de la densité et de la répartition de certaines spécialités médicales, l'accès à une offre spécialisée nécessite de s'appuyer sur :

- ⊕ **l'offre de soins libérale** pour organiser des consultations avancées de médecins spécialistes au plus proche des patients, dans le cadre notamment de projets pluri professionnels d'équipes de soins primaires, de MSP ou de centres de santé polyvalents ;
- ⊕ les **établissements hospitaliers et les cliniques de proximité** pour faciliter l'accès aux consultations de spécialistes au sein des établissements ou en télé-expertise et développer des consultations externes spécialisées en complémentarité avec l'offre libérale ;
- ⊕ l'intervention de **professionnels de santé libéraux au sein des centres hospitaliers de proximité** : médecins généralistes pour les patients hospitalisés, notamment les personnes âgées, chirurgiens-dentistes dans les établissements pour les patients ne pouvant pas être soignés au cabinet ;
- ⊕ une organisation hospitalière permettant, chaque fois que cela est possible, une **entrée directe des patients dans les services adéquats** et éviter ainsi le passage dans les services d'urgence.

2. Soutenir l'élaboration de projets de santé de territoire : la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

A l'initiative des acteurs de terrain, les communautés professionnelles territoriales de santé doivent permettre d'engager des collaborations plus étroites entre les professionnels exerçant en ville et les

acteurs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux pour mieux organiser collectivement les réponses aux besoins de santé d'un territoire ciblé. Elles s'inscrivent dans une logique de projet et dans le cadre d'une responsabilité populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui implique de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, au-delà de leur exercice et de leur patientèle habituels. Elles se situent à l'échelle d'un territoire plus large que celui des équipes de soins primaires.

- ⊕ **Elaborer une politique régionale d'accompagnement** avec les représentants des acteurs de santé et les partenaires institutionnels permettant de faire émerger et soutenir des CPTS.
- ⊕ **Accompagner**, en lien avec les partenaires institutionnels, **les professionnels** de santé dans la constitution de CPTS et l'élaboration de leurs projets de santé sur ces territoires.
- ⊕ **Identifier les points d'ancrage, dont les ESP et les MSP constituées**, pour faire émerger des communautés professionnelles de territoire.
- ⊕ **S'appuyer sur le maillage des centres hospitaliers de proximité** (ex hôpitaux locaux), éléments structurants dans l'organisation des soins de proximité et les liens ville/hôpital, pour développer les coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les services médico-sociaux, en particulier en faveur des personnes âgées.
- ⊕ **Contractualiser avec les CPTS** selon une démarche progressive à partir d'un ou plusieurs projets identifiés comme prioritaires répondant aux besoins de santé et pour organiser au mieux les parcours de santé.

3. Poursuivre le déploiement des fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé : les plateformes territoriales d'appui (PTA)

Aider les professionnels à offrir à leurs patients une prise en charge complète et coordonnée dans l'organisation des parcours de santé complexes, c'est l'objectif du service d'appui à mettre en place selon les besoins des territoires. Appelées plateformes territoriales d'appui, ces structures sont polyvalentes par définition et doivent répondre en priorité aux demandes des médecins traitants pour toute personne, quel que soit son âge ou sa pathologie. Elles ont trois missions : informer et orienter les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales d'un territoire adaptées à la situation du patient, aider à l'organisation des parcours complexes et soutenir les initiatives relatives aux évolutions des pratiques professionnelles.

Les PTA répondent aussi à deux principes : la subsidiarité, la PTA ne se substituant pas aux acteurs de soins, de services ou d'accompagnements sociaux, et l'accès unique avec un numéro dédié.

Dans le cadre de leurs missions, les PTA peuvent apporter un soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Elles peuvent à ce titre, et notamment du fait de leur gouvernance associant l'ambulatoire, le médico-social et l'hospitalier, être facilitatrices pour faire émerger une CPTS. A l'inverse, des acteurs réunis autour d'une CPTS peuvent être porteurs d'un projet visant à mettre en place des fonctions d'appui sur un territoire donné.

- ⊕ **S'appuyer sur les PTA pour favoriser** les organisations pluri-professionnelles et **les coopérations** entre les acteurs de santé.

Au carrefour des différentes offres de soins et de services, une des missions des PTA est de soutenir les initiatives des professionnels en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Dans le cadre de cette mission, les équipes de soins primaires et les CPTS pourront aussi mobiliser les moyens de la PTA pour le pilotage et le suivi de leurs projets, particulièrement des projets ayant donné lieu à contractualisation avec l'ARS. Ces plateformes sont donc un interlocuteur privilégié

des organisations collectives et pluri professionnelles mises en place par les professionnels de premier recours et doivent fonctionner en étroite coordination avec les services hospitaliers, en particulier lorsqu'ils organisent les sorties des patients, et les services médico-sociaux.

☉ **Soutenir et accompagner l'émergence de PTA.**

Amorcée en Bretagne dès 2012 avec l'évolution demandée aux réseaux de santé, la dynamique de création des PTA a été confortée par leur inscription dans la loi avec des missions dépassant l'appui à la coordination des parcours complexes.

L'objectif est de proposer ce service aux professionnels de santé sur l'ensemble du territoire régional, en suivant les projets actuellement en cours d'élaboration sur les territoires non couverts, en donnant une priorité aux initiatives des professionnels de santé de ville et, lorsqu'elles existent, aux équipes de soins primaires et aux communautés professionnelles territoriales de santé. Quand ils ne seront pas à l'initiative de projet, la participation des professionnels de santé à l'élaboration du projet de la PTA et à sa gouvernance sera recherchée.

La mise en place de ces PTA continuera d'être aidée par l'ARS sur le plan méthodologique et sur le plan de la gestion des ressources humaines et donnera lieu à une contractualisation avec l'ARS pour mettre en œuvre leurs missions.

4. Accompagner la mise en place d'outils de partage d'informations dans l'intérêt des patients

☉ **Développer les systèmes d'information « parcours »**

En capitalisant sur les expérimentations des territoires de soins numériques, une réflexion a été engagée sur les systèmes d'information au service du parcours du patient et de la coordination des acteurs. A partir de l'expression des besoins des professionnels, notamment engagés dans les PTA et les MAIA, et des partenaires institutionnels concernés, un cahier des charges régional a été élaboré pour disposer d'outils de partage d'informations qui permettront la coordination au quotidien des parcours des personnes en situation complexe. L'objectif est d'expérimenter ce « SI Parcours » sur un territoire et d'en généraliser son utilisation par les acteurs amenés à coopérer.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) déployées en région

3 Améliorer l'accès aux soins non programmés urgents et non urgents

Le contexte

Au plan national, le nombre de passages dans les services d'urgence (SU) n'a cessé de croître pour atteindre 18 millions en 2014. Les cas graves représentent environ 10 % des admissions, dont la moitié de celles-ci sont des urgences vitales ; la traumatologie représentant entre 35 et 40 % des admissions. Les passages dans les SU sont essentiellement diurnes : 75 % des passages ont lieu entre 8h et 20h, contre 25 % entre 20h et 8h (dont 10 % entre 0h et 8h).

L'accroissement de l'activité des services d'urgence bretons est en adéquation avec cette évolution puisqu'elle enregistre 866 415 passages en 2015, soit 34,2 % d'augmentation par rapport à 2003 avec une répartition horaire des passages aux urgences identique aux chiffres nationaux.

En parallèle, le nombre d'appels entrants au SAMU a progressé entre 2013 et 2016 de 10 %, ce qui se traduit par une augmentation de 6 % du nombre de dossiers de régulation médicale traités, pour un tiers, par les régulateurs libéraux sur les horaires de la permanence des soins (de 20h à 8h, les week-ends et jours fériés). Un nombre accru de demandes de prise en charge non urgentes en début de soirée et les samedis matin est enregistré par les centres de régulation bretons, en lien avec la difficulté pour le patient d'accéder à son médecin généraliste.

Le nombre de recours à la permanence des soins en médecine générale a suivi également cette progression puisque l'on compte une évolution de plus de 10 % sur les 5 dernières années.

Les chantiers suivants ont ainsi été identifiés pour offrir à la population, à tout moment, des soins non programmés urgents et non urgents en région Bretagne.

- ⊕ Tout patient peut ressentir le besoin d'un accès aux soins non programmés non urgents par l'intervention rapide d'un professionnel de santé. Il s'agit alors d'organiser en amont des services d'urgence, un système de soins garantissant une continuité et une coordination dans la prise en charge du patient adulte et enfant à toute heure de la journée ainsi qu'aux horaires de fermeture des cabinets libéraux.
- ⊕ A ce jour, 97,7 % de la population bretonne est située à moins de trente minutes d'accès aux soins urgents grâce à la mise en place des médecins correspondants du SAMU sur les îles bretonnes. Il reste à couvrir la population qui se trouve dans des zones identifiées au sud-est des Côtes-d'Armor ; au nord-ouest et au sud de l'Ille-et-Vilaine ainsi qu'au sud-est du Morbihan.
- ⊕ La demande de soins hospitaliers d'urgence nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient est assurée par la permanence du transport sanitaire d'urgence. L'objectif du cahier des charges régional, en cours de validation, est de garantir sur l'ensemble de la région l'efficacité et la qualité de la réponse aux besoins de transports sanitaires terrestres urgents pré-hospitaliers.

Le précédent PRS a défini un schéma de permanence des soins en établissement de santé (PDES) répondant à un objectif de gradation des soins de territorialisation et de mutualisation de la permanence des soins. L'évolution des besoins et de l'organisation des établissements, dans le cadre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) conduira à évaluer la pertinence du cadre actuel et à proposer une éventuelle révision de ce schéma.

Les finalités

L'objectif est d'assurer des soins non programmés non urgents et urgents à la population, à tout moment et au plus près de son domicile. Cette réponse au besoin de soins non programmés s'inscrit dans le cadre d'une articulation ville-hôpital graduée et organisée au niveau territorial, régional voire inter-régional.

Il s'agit :

- **D'organiser la prise en charge des soins non programmés non urgents en journée** tant en ambulatoire qu'en milieu hospitalier en lien avec l'offre de soins de proximité ;
- De conforter la prise en charge des soins non programmés non urgents **aux horaires de permanence des soins** ;
- **D'améliorer l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes** sur les zones blanches actuellement non couvertes au regard de l'actualisation récente du diagnostic national ;
- Conforter l'organisation des prises en charges dans le cadre de **filières spécifiques graduées** (polytraumatisés, pathologies vasculaires cardiaques et neurologiques, psychiatriques...)
- D'améliorer la réponse au besoin de **transport sanitaire urgent** pré hospitalier ;
- Actualiser le schéma de **permanence des soins en établissement de santé**.

Chantier 1 : Organiser la prise en charge des soins non programmés non urgents en journée, en lien avec l'organisation des soins de proximité

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Tout patient peut ressentir le besoin d'une intervention rapide et non programmée de la part d'un professionnel de santé. Il s'agit alors d'organiser en amont des services d'urgence, un système de soins garantissant une continuité, une coordination, une cohérence dans la prise en charge du patient en l'absence de ses thérapeutes habituels.

La problématique du flux aux urgences est à envisager dans la globalité du circuit de prise en charge du malade non programmé tant au niveau de la prise en charge des adultes que des enfants.

Il existe deux niveaux de réponse :

- une prise en charge ambulatoire ;
- une prise en charge au sein d'une structure (hospitalière publique ou privée, centre de santé...)

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Améliorer l'accessibilité de la prise en charge des patients nécessitant des soins non programmés non urgents adaptés et de qualité

- ⊕ **Valoriser la prise en charge sans délai** par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels.

2. Conforter le rôle des médecins de premier recours dans l'organisation de la réponse aux soins non programmés

- ⊕ Sensibiliser les **étudiants et internes en médecine** à certains enjeux de l'organisation des soins (pluri-professionnalité, soins non programmés...) : en lien avec le thème n°18 « *Démographie des professions de santé* » (chantier n°1).
- ⊕ **Etudier la possibilité d'étendre la présence des régulateurs** de médecine générale en journée au sein des Centres de régulation et de réception des appels des SAMU Centre 15 et notamment le samedi matin et en soirée entre 18h et 20h.

3. Développer les modalités d'accueil non programmé

- ⊕ Mettre en place des **structures d'accueil et de prise en charge de soins non programmés** au sein des cabinets de médecine générale, maisons de santé, établissements de santé.
- ⊕ Organiser un **accès aux soins non programmés** :
 - au sein des cabinets médicaux, maisons de santé pluriprofessionnelles, notamment durant les périodes de congés et les samedis matins et en particulier lors des périodes épidémiques ;

- en renforçant encore le maillage territorial des maisons médicales de garde en proximité immédiate des services d'urgences ou de structures hospitalières de proximité ;
- au sein des établissements de santé disposant d'une structure des urgences avec la possibilité d'intervention de médecins libéraux ;
- au sein d'établissement ne disposant pas de SU (ex. : centres de soins non programmés, hôpitaux de proximité).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des maisons de santé pluri-professionnelles ayant intégré l'accord conventionnel interprofessionnel

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Soins de proximité, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Démographie des professionnels de santé.

Chantier 2 : Réviser l'organisation de la prise en charge des soins non programmés non urgents aux horaires de PDSA

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Grâce à la mobilisation de près de 1 600 médecins généralistes volontaires, tous les Bretons ont accès à un médecin de garde en tout lieu et sur la totalité des horaires de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire (PDSA). La permanence des soins ambulatoires est ainsi accessible tous les jours de 20 heures à 8 heures, le samedi à partir de midi ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

Cette organisation régionale de la permanence des soins ambulatoires répond aux besoins de soins non programmés des patients ne nécessitant pas de moyens lourds d'intervention en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Les travaux conduits chaque année depuis l'entrée en vigueur en 2012 du cahier des charges régional de la PDSA en Bretagne ont permis d'évaluer sa mise en œuvre. Celle-ci répond aux principes suivants :

- Une mission de service public assurée par des médecins volontaires ;
- Une couverture totale des horaires de la PDSA ;
- Un dispositif de PDSA qui repose sur une régulation médicale préalable ;
- Un dispositif fondé sur l'adaptation continue des territoires de permanence des soins ;
- ⊕ Des consultations assurées par le médecin de garde sur des points fixes de consultation ;
- Des visites incompressibles assurées par des médecins effecteurs mobiles ;
- Le respect de l'enveloppe annuelle régionale.

Par ailleurs, près de 1 500 chirurgiens-dentistes assurent une permanence des soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, les dimanches et jours fériés.

Enfin, un service de garde pharmaceutique est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des heures d'ouverture des officines par le numéro 32 37 (ou le site internet 3237.fr). Son fonctionnement relève des organisations représentatives de la profession dans chaque département.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Réviser le cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale et en soins dentaires

- ⊕ Dresser un état des lieux précis de la **démographie des professionnels de santé assurant la PDSA** (actuellement 56,3 % des médecins y participent en Bretagne dont 25 % ont plus de 60 ans).

- ⊕ Envisager les **évolutions nécessaires du cahier des charges** régional en partenariat avec les acteurs au regard des évaluations conduites.

2. Mettre en œuvre le numéro national de la PDSA

L'accès à la régulation médicale, pivot du dispositif, se fait aujourd'hui pour le patient via des numéros d'appels qui diffèrent selon les départements français : si 66 départements utilisent le 15 comme numéro d'accès à la PDSA (dont les quatre départements bretons), 35 départements ont un numéro spécifique à quatre ou dix chiffres. Le principe d'un numéro national de permanence des soins ambulatoires qui soit aisément mémorisable et accessible par la population quel que soit son lieu de résidence, a été instauré par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Il répond à un besoin de clarification et de plus grande lisibilité du dispositif afin de permettre une amélioration du recours à la PDSA.

- ⊕ Mettre en place le **numéro unique** dans la région ;
- ⊕ Assurer une **campagne de communication** auprès du grand public.

3. Réaliser une charte régionale de la régulation au sein des SAMU centre 15

- ⊕ **Préciser au sein de cette charte, les rôles** respectifs des régulateurs hospitaliers, libéraux et des effecteurs mobiles dans leur collaboration à la régulation des appels au centre 15.

4. Mener une réflexion sur la mise en place d'un dispositif « territoire en tension »

- ⊕ **Anticiper les besoins** de permanence des soins **pendant les périodes sensibles** (fêtes, été...) en instaurant un espace de dialogue territorial pour améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs hospitaliers et ambulatoires.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de participation des médecins généralistes au dispositif régional de permanence des soins

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Démographie des professionnels de santé.

Chantier 3 : Poursuivre l'amélioration de l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La Bretagne compte quatre SAMU, 23 SMUR et 25 structures des urgences réparties sur 30 sites. Les CHU de Rennes et Brest disposent également d'autorisation d'urgences pédiatriques. Les structures publiques inscrivent leur action dans le cadre des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Sur les 30 sites, 11 accueillent plus de 30 000 passages annuels, 10 sites entre 20 et 30 000 passages et 2 sites moins de 12 000 passages.

En 2016, en intégrant les vecteurs hélicoptérés dans le dispositif d'accès aux soins urgents, 73 240 habitants soit 2,25 % de la population bretonne sont situés à plus de trente minutes d'un centre de soins urgents (33 minutes en moyenne).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Prioriser une action à destination des habitants à plus de 35 minutes d'un service de soins urgents

- ⊕ **Concentrer l'action dans un premier temps sur les zones à plus de 35 minutes** d'un soin urgent permettra de réduire la population bretonne à plus de 30 minutes d'un soin urgent à 9 779 habitants soit 0,03 % de la population, dont le temps moyen d'accès sera alors réduit à 31 minutes.

2. Etendre le dispositif des « médecins correspondants SAMU » sur les zones identifiées en sensibilisant et incitant les médecins de ces zones

Les « médecins correspondants SAMU » sont des médecins volontaires au sein de zones définies par l'ARS situées à plus de 30 minutes d'un soin d'urgence. Ces professionnels sont déclenchés concomitamment du SMUR par les SAMU, et assurent le premier bilan et les premiers soins avant l'arrivée du SMUR. Ils sont pour cela formés et équipés pour les soins d'urgence.

- ⊕ Un **appel à candidatures** et une sensibilisation auprès de l'ensemble des médecins au sein de ces zones ou immédiate proximité permettra ainsi de renforcer l'accès au soin urgent.

3. Poursuivre la réflexion sur la mutualisation des moyens hélicoptérés avec la Sécurité civile

Le transport sanitaire hélicoptéré est intégré dans le diagnostic d'accès aux soins urgents. Les deux aéronefs de la Sécurité civile participent au transport sanitaire hélicoptéré.

- ⊕ Formaliser les modalités de participation au transport sanitaire urgent des **deux hélicoptères de la Sécurité civile**

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part de la population à plus de 30 minutes d'un soin urgent

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Réanimation, Maladies cardio-neuro-vasculaires.

Chantier 4 : Améliorer la réponse ambulancière à l'urgence

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières. A cette fin, il est indispensable que les SAMU et les ambulanciers privés agissent de manière concertée.

Cette collaboration doit répondre à trois principes d'action :

- La régulation médicale des appels par un médecin qui contribue à sécuriser l'appelant et à garantir une adéquation optimale entre la demande et la réponse médicale ;
- La participation des transporteurs sanitaires à la prise en charge des urgences pré hospitalières, ce qui contribue au maillage du territoire ;
- La médicalisation et la réanimation pré-hospitalière en urgence des patients chaque fois que nécessaire pour garantir la meilleure qualité de la prise en charge.

La participation des sapeurs-pompiers aux premiers secours contribue à la proximité et à la qualité de la réponse à l'urgence pré-hospitalière, et ce conformément aux dispositions du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

En région Bretagne, la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière distingue deux modalités d'organisation :

- Sur les nuits, les dimanches et jours fériés : la garde ambulancière, qui est obligatoire et sectorisée ;
- 24 heures sur 24 : la disponibilité d'un transport sanitaire, sur la base du volontariat, de la géolocalisation et à l'appui des disponibilités déclarées sur le logiciel de gestion des disponibilités ambulancières.

L'enjeu du cahier des charges régional est ainsi de garantir sur l'ensemble de la région l'efficacité et la qualité de la réponse aux besoins de transports sanitaires terrestres urgents pré-hospitaliers et inter-hospitaliers.

Cette action doit aller de pair avec celle qui vise à conforter l'organisation des transports inter-établissements en urgence dans le cadre de filières spécifiques graduées (polytraumatisés, pathologies vasculaires cardiaques et neurologiques, psychiatriques...).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

L'urgence pré-hospitalière est assurée notamment par la permanence du transport sanitaire d'urgence. Elle se définit, comme toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient, en vue de soins hospitaliers d'urgence. Elle repose sur trois grands principes indispensables à cette réponse adaptée :

- qualité de la prise en charge ;
- proximité et rapidité d'accès, coopération ;

- coordination dans le cadre d'une offre de soins graduée.

1. Elaborer un cahier des charges régional de réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière

- ⊕ **Organiser**, par un cahier des charges régional **le dispositif de réponse ambulancière** à l'urgence pré hospitalière dans chacun des départements bretons. Afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients, ce dispositif comprend une garde des transports sanitaires terrestres qui est assurée et organisée sur l'ensemble des départements (art. R. 6312-18 du code de la santé publique). La participation à la garde ambulancière présente un caractère obligatoire pour l'ensemble des entreprises de transports sanitaires terrestres agréées (art. R. 6312-19 et R. 6314-5 du même code).
- ⊕ L'instauration de ce cahier des charges régional conduira ensuite à la **révision des conventions départementales** entre les SAMU, les ambulanciers, et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

2. Mettre en place des coordonnateurs ambulanciers au sein des centres de régulation des appels

- ⊕ Accompagner la mise en œuvre du cahier des charges régional de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière par la mise en place des **coordonnateurs ambulanciers** au sein des centres de réception et de régulation des appels des SAMU centre 15, et la professionnalisation des ambulanciers.

3. Améliorer les réponses pour des situations spécifiques : sortie des urgences, transports bariatriques et contextes insulaires

- ⊕ Organiser au sein des établissements de santé, une sortie attentionnée des services d'urgence et privilégier le transport le plus adapté pour le retour au domicile ou en EHPAD.
- ⊕ Améliorer la réponse aux besoins de **transports bariatriques** : cette action nécessite une réflexion régionale sur la base d'un état des lieux, qui doit être conduit en lien avec le Centre régional spécialisé de l'obésité (CSO).
- ⊕ Développer les réponses dans les **îles bretonnes** : dans le cadre du contrat local de santé des Iles du Ponant, un axe transversal sur le développement des réponses aux besoins de transport des îliens et professionnels de santé a été retenu. Il sera développé dans chacune des conventions de mise en œuvre des onze îles.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Pourcentage de carences ambulancières sur le nombre total de transport urgents pré-hospitaliers (UPH)

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Maladies cardio-neuro-vasculaires.

Chantier 5 : Actualiser l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le volet du SRS relatif à la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) est défini à l'article R 6111-41 du code de la santé publique.

Il décrit l'organisation de la prise en charge des patients au sein des établissements bretons, aux horaires de permanence des soins, la nuit à partir de 20h jusqu'à 8h, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h, en lien avec les urgences, dans le cadre de filières de soins graduées identifiées.

Il définit les lignes de permanence (gardes et astreintes) financées à ce titre selon des critères de priorisation. Ces critères ont trait à l'environnement, la notion de site référent, de la présence d'une structure d'urgence sur le site, du niveau d'activité, des équipements, de la formation des personnels.

Il concerne les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et certaines activités médico-techniques.

Il évalue les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones hospitalières, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

Il est arrêté pour cinq ans et peut être révisé chaque année si l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie. Ainsi, les travaux des projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire comme les recompositions des établissements privés sont susceptibles de faire évoluer les organisations territoriales.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Actualiser le schéma régional de PDSSES

- ⊕ **Actualiser le schéma régional de PDSSES précédent** (2012-2017) au regard des réorganisations survenues sur cette période et notamment l'intégration de l'Hôpital d'instruction des armées de Brest. Cette actualisation est présente sous la forme d'un volet au sein du présent schéma régional de santé, accessible en fin de document.

2. Faire évoluer l'organisation de la PDSSES en tenant compte des projets médicaux partagés des GHT

- ⊕ **Réviser le volet régional de PDSSES** au regard des évolutions organisationnelles dans le cadre des projets médicaux partagés de territoire des GHT et de leur environnement territorial et régional. Les principes du schéma actuel seront maintenus, notamment en terme d'accès aux soins, de qualité des prises en charges et d'efficacité sur l'optimisation de l'utilisation de la ressource médicale en éliminant les doublons entre établissements sur une même activité et en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leur statut.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète.



4 Améliorer la gradation de l'offre et développer les alternatives à l'hospitalisation complète dans le cadre du virage ambulatoire

Contexte et enjeux

Chaque fois que cela est médicalement possible et que son autonomie le permet, le patient privilégie les prises en charge ambulatoires ou à tout le moins un retour rapide et sécurisé à domicile après une hospitalisation classique. La mise en œuvre de ce « **virage ambulatoire** » de notre système de santé requiert une coordination plus importante pour favoriser la prise en charge globale du patient et améliorer son parcours de santé. Par ailleurs, le patient souhaitant être acteur de sa prise en soins, le virage ambulatoire recouvre également des enjeux de démocratie sanitaire par le nécessaire renforcement de l'implication des personnes à faire leur propre choix (cf. thème n°20).

Le virage ambulatoire implique l'évolution des prises en charge hospitalières par le développement des **alternatives à l'hospitalisation complète**. Le déploiement de la chirurgie ambulatoire a été poursuivi – depuis 2015 plus de la moitié des interventions en relèvent - de même que celui des hôpitaux de jour de médecine, des alternatives en soins de suite et de réadaptation, de l'hospitalisation à domicile... C'est également le cas des politiques de santé mentale, l'une des missions des établissements publics de santé mentale étant de permettre un accès aux soins gradué et de proximité. Cette transformation de l'offre s'accompagne d'une plus grande programmation des soins, répondant ainsi aux nouveaux besoins résultant de l'évolution des traitements et de l'essor des maladies chroniques. Ce thème s'inscrit dans la continuité du PRS précédent ainsi que des « Grands programmes 2018-2022 de transformation du système de santé ».

Le virage ambulatoire nécessite également une meilleure coordination des différents acteurs de soins et une **meilleure gradation de l'offre**. La loi de modernisation de notre système de santé a créé les **groupements hospitaliers de territoire** (GHT), entre établissements publics de santé, pour que leurs projets médicaux et soignants partagés garantissent une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient. Dans ce cadre, l'Hôpital d'instruction des armées de Brest est pleinement intégré au GHT de Bretagne occidentale avec la constitution d'équipes communes civilo-militaires en particulier dans les activités d'imagerie, de soins critiques, de chirurgie et d'urgence. Des axes de coopération pourront progressivement être définis avec l'ensemble des acteurs du territoire, hospitaliers, médico-sociaux, ou ambulatoires, pour offrir aux patients un parcours coordonné. Les GHT ont pour enjeu une meilleure répartition des activités entre les plateaux techniques d'un même territoire, le développement d'une activité plus programmée, voire la spécialisation exclusive de certains plateaux techniques sur les soins ambulatoires. Le bénéfice de la meilleure gradation des soins est aussi celui de la qualité et la sécurité des soins en s'assurant que l'organisation s'appuie sur des plateaux techniques ayant la « taille critique » suffisante à l'heure d'une plus grande spécialisation des professionnels de santé, notamment chirurgicaux. C'est enfin l'opportunité de recentrer l'organisation de la permanence de soins en nuit profonde sur les plateaux techniques les plus importants.

Alternatives aux hospitalisations conventionnelles et gradation de l'offre répondent aussi aux impératifs médico-économiques d'une meilleure efficacité des prises en charge et des organisations pour optimiser les ressources médicales dans un contexte budgétaire contraint. Il s'agit notamment de réduire le plus possible les risques de rupture des parcours, qui engendrent des surcoûts et de la non-qualité. Ces

évolutions reposent sur une réflexion globale de l'offre sur un territoire. L'exigence d'un virage ambulatoire encourage les établissements à mieux sécuriser le retour à domicile.

Une communication envers la population sera un facteur de réussite pour accompagner cette évolution du système de soins.

Finalités

De par ces différents enjeux, le virage ambulatoire suppose de substituer aux approches verticales des modes d'organisation plus transversaux. Il nécessite l'intervention d'une pluralité d'acteurs (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants dès l'annonce de l'hospitalisation et tout au long des étapes de la prise en charge des patients.

En termes d'alternatives aux hospitalisations complètes, les principaux objectifs poursuivis viseront à :

- Poursuivre le développement de la **chirurgie ambulatoire** dans le cadre d'une prise en charge de qualité et toujours mieux articulée avec le retour à domicile à l'appui notamment de la récupération améliorée après **chirurgie** qui doit également bénéficier aux hospitalisations chirurgicales conventionnelles.
- Développer **l'hospitalisation de jour en médecine** dans un cadre formalisé et pluridisciplinaire en s'assurant du bon ordonnancement des soins dans le cadre de chemins cliniques identifiés.
- Développer **l'hospitalisation à domicile**, y compris en EHPAD, en complémentarité avec l'hospitalisation conventionnelle en travaillant notamment sur les modalités d'adressage des établissements de santé à systématiser et anticiper encore davantage.
- Développer les hôpitaux de jour ou de semaine en soins de suite et de réadaptation (SSR).

La recherche d'une meilleure gradation des soins miroite avec les enjeux de structuration des parcours de soins et de santé qui fait l'objet des thèmes n°6 à 15. Pour l'hospitalisation publique et leurs partenaires, elle repose sur la poursuite de la mise en œuvre des GHT et de leur projet médical et soignant partagé. Les finalités concernant plus particulièrement le champ hospitalier que le présent PRS souhaite mettre en exergue seront :

- D'optimiser et d'améliorer **l'organisation des plateaux techniques** (chirurgicaux, obstétricaux, de SSR,...) par le renforcement des coopérations ;
- D'assurer un accès harmonisé à **l'imagerie diagnostique** sur l'ensemble du territoire breton et de favoriser des organisations régionales compatibles avec la démographie médicale tendue des imageurs ;
- D'assurer un meilleur accès au **diagnostic génétique** par une meilleure gradation de cette offre et de son maillage territorial ;
- De conforter l'activité de **réanimation** et de surveillance continue pour la prise en charge des « patients critiques » à l'appui d'organisation davantage coordonnées au niveau des territoires ;
- D'inscrire l'offre de **SSR** de manière cohérente sur chacun des territoires en lien avec les groupements hospitaliers de territoire et leurs partenaires et mieux l'insérer dans le parcours des patients dans le cadre notamment de la prévention de la perte d'autonomie.

4.1 Conforter une offre efficiente et de qualité en chirurgie

Le contexte

Même si l'activité de chirurgie augmente plus fortement en Bretagne qu'au niveau national (7,2 % contre 6,9 % entre 2010 et 2014), les taux de recours bretons restent généralement plus faibles. Plus de la moitié des interventions relèvent de la chirurgie ambulatoire, l'année 2015 marquant le dépassement symbolique de la barre des 50 %. Le secteur privé réalise 56 % de l'activité globale de chirurgie (64 % de l'ambulatoire).

Un examen attentif de l'organisation de l'offre est indispensable pour répondre aux défis de la période :

- Pour garantir la sécurité, la continuité et la permanence des soins, et les liens fonctionnels qui associent l'organisation de la chirurgie et de l'anesthésie à celles des urgences et de la gynécologie-obstétrique ;
- Pour conforter une démographie médicale encore fragile pour un certain nombre de disciplines en chirurgie comme en anesthésie ;
- Pour tenir compte d'une spécialisation de plus en plus importante des praticiens, qui invite à anticiper les recrutements futurs par une stratégie médicale qui ne se limite pas au seul périmètre de chaque établissement ;
- Pour lutter contre les disparités intra régionales dont les flux varient d'un territoire à l'autre. Les taux de fuite de quelques territoires n'ont que peu évolué : les territoires St-Malo-Dinan et Cœur de Breizh connaissent toujours des taux de fuite élevés (respectivement 31 % et 43 %). En revanche, le territoire Brocéliande-Atlantique a réduit de près de 10 points son taux de fuite entre 2009 et 2015.

Dans ce contexte, le développement de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC), que celle-ci soit conventionnelle ou ambulatoire, permet d'agir simultanément sur l'évolution des pratiques professionnelles, et sur l'articulation hôpital-ville. En pratique, cette approche nouvelle doit favoriser une meilleure maîtrise des processus de prise en charge et de suivi du patient en amont et en aval de l'étape hospitalière, y compris au domicile du patient.

Les finalités

Prendre en compte des déterminants majeurs de l'évolution de l'offre et en priorité :

- la démographie médicale en chirurgie et en anesthésie ;
- l'impact de la réforme des études médicales et plus généralement l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers une plus grande spécialisation ;
- la territorialisation des stratégies de groupes publics (GHT) ou privés ;
- les équipes de territoires et le partages de compétences.

Ainsi que de **garantir la qualité et la sécurité des prises en charge** en s'appuyant sur :

- Le développement des coopérations territoriales en particulier au sein des GHT ;
- L'amélioration continue de la qualité et des pratiques professionnelles ;
- La réduction des facteurs de risques dans les prises en charges chirurgicales et anesthésiques, et notamment ceux qui résultent de leurs modalités organisationnelles ;
- Une efficience accrue des plateaux techniques hospitaliers ;
- Une capacité avérée des établissements autorisés à investir dans les compétences et les équipements nécessaires.

Chantier 1 : Optimiser la gradation et le fonctionnement des plateaux techniques

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les enjeux qui pèsent sur l'évolution de l'offre chirurgicale et la stratégie des acteurs relèvent de plusieurs déterminants :

- La réponse aux besoins et attentes de la population, qui privilégient désormais une évolution marquée vers les prises en charges ambulatoires, et pour le moins un retour rapide et sécurisé à domicile pour les prises en charge conventionnelles,
- La capacité à recruter des compétences professionnelles répondant à des stratégies de groupes publics ou privés,
- Un contexte de démographie médicale difficile,
- Une réforme des études médicales qui consacre une spécialisation renforcée,
- Une gradation des soins et une organisation en filières, adossées à des plateaux techniques dotés d'une taille critique suffisante.

Au plan des perspectives médico-économiques, la stratégie des acteurs doit prendre en compte la nécessité de disposer de plateaux techniques de dimension et d'activité suffisante pour :

- Eviter les doublons d'activités sur un même site,
- Etre en capacité d'assurer la continuité, voire la permanence des soins en chirurgie,
- Etre en mesure de s'engager sur des innovations médicales et organisationnelles, notamment grâce à des programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC),
- Le cas échéant, être en mesure d'investir à bon escient dans l'innovation technologique (notamment en robotique, sans que ce type d'investissement ne puisse cependant se poser comme préalable à l'innovation organisationnelle).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Maintenir une offre graduée sur les territoires bretons

Favoriser une organisation des plateaux techniques répondant aux critères :

- ⊕ de **masse critique** d'activité ;
- ⊕ de **stabilité de l'équipe anesthésique et chirurgicale** et l'intégration dans une équipe territoriale pour les établissements publics ;
- ⊕ d'organisation interne **structurée et efficiente**, notamment de l'unité de chirurgie ambulatoire, afin de favoriser la progression d'une activité ambulatoire réellement substitutive ;
- ⊕ d'évaluation de la **qualité** et de la performance, en assurant en particulier un niveau satisfaisant de mobilisation des ressources capacitaires et de plateau technique ;

- ⊕ **de réduction du risque de ré-hospitalisation ;**
- ⊕ des liens nécessaires entre **maternités et plateaux techniques chirurgicaux.**

2. Renforcer les coopérations pour optimiser les fonctionnements des plateaux techniques

Il faut également renforcer le rôle des coopérations territoriales et optimiser la gradation des plateaux techniques hospitaliers dans les stratégies de groupes publics ou privés. Il s'agit de prendre en compte l'organisation de cette gradation dans les projets médicaux partagés des GHT en s'appuyant sur les principes d'organisation suivants :

- ⊕ Mieux **répartir les activités chirurgicales entre les plateaux techniques** d'un même territoire, en renforçant l'activité de chirurgie programmée, voire en tendant vers une activité ambulatoire exclusive des plateaux techniques de proximité ;
- ⊕ Optimiser et **recentrer l'organisation de la permanence de soins en nuit profonde** sur les plateaux techniques les plus importants, et réalisant les activités les plus denses, afin :
 - d'optimiser la mobilisation des blocs opératoires en nuit profonde,
 - de réduire les contraintes de garde,
- ⊕ Disposer d'équipes médicales et paramédicales fonctionnant de manière significative dans leurs disciplines respectives ;
- ⊕ Tenir compte des contraintes liées à la nécessaire **évolution des compétences professionnelles** ;
- ⊕ Tenir compte des **contraintes architecturales**, et de leur incidence sur la planification des projets des établissements, de leurs groupements et des territoires.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des établissements bretons présentant un nombre moyen de séjours de chirurgie inférieur au niveau national

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Instruction nationale du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Urgences et permanence des soins, Chirurgie ambulatoire, Qualité, Démographie des professionnels de santé.

Chantier 2 : Améliorer la qualité et la performance en facilitant le retour du patient à domicile et sa récupération après chirurgie

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le développement qualitatif de la chirurgie invite à promouvoir une approche novatrice prônée par la HAS et le ministère de la santé en 2016 : la récupération rapide après chirurgie (RAAC). Elle se caractérise par une prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie et connaît une évolution croissante au sein des établissements français et étrangers.

Cette approche invite à développer de nouvelles pratiques professionnelles et à des coopérations pluri professionnelles et territoriales marquées :

- Elle participe à l'amélioration continue de la qualité des soins, à l'efficience des prises en charge en contribuant notamment à une réduction pertinente des durées de séjours et des risques liés à une hospitalisation prolongée (risque infectieux, risque d'aggravation de la dépendance des personnes âgées, etc.) ;
- Elle constitue un élément d'amélioration de la performance du parcours de soins en incluant le patient au sein d'une équipe pluri professionnelle ville-hôpital et en inscrivant le plateau technique de l'établissement de santé dans une organisation intégrée ;
- Elle est complémentaire du programme de l'Assurance Maladie « PRADO » en particulier pour les interventions orthopédiques.

L'apport de ce type de programme est de nature à mieux sécuriser le parcours du patient, et par conséquent à permettre à la chirurgie ambulatoire d'atteindre des actes plus complexes et des parcours plus complets. Le programme se fonde sur une méthodologie de détermination des potentiels de substitution des séjours d'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire à partir de taux de transfert variables en fonction des durées moyennes de séjours (DMS) et des niveaux de sévérité des séjours.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Promouvoir une démarche d'amélioration des pratiques par le développement des programmes de RAAC en région

- ⊕ **Accompagner les programmes de RAAC** dans les établissements de la région par le développement d'appels à projets de l'ARS et en facilitant la reproductibilité des projets innovants en région.
- ⊕ Evaluer avec les professionnels les pratiques, la **qualité et la sécurité** des prises en charge ; et organiser le partage régulier d'expériences et de bonnes pratiques.

2. Compléter les outils de formation professionnelle

- ⊕ Poursuivre l'effort en matière de **formation initiale et continue** des professionnels à la chirurgie ambulatoire et aux programmes de récupération après chirurgie (facultés, IFSI, DPC) ainsi que l'accompagnement des équipes et leurs cadres pour leur permettre de connaître les acteurs et

leviers en soutien de leur progression (parangonnage, retours d'expérience, suivi de la maturité des équipes, formations-actions...).

3. Elaborer au sein des territoires des projets de santé incluant l'amont et l'aval de l'hospitalisation

- ⊕ Inclure au sein de ces projets l'amont et l'aval de l'étape hospitalière pour **améliorer l'organisation du parcours du patient en chirurgie**, à l'initiative des professionnels de santé hospitaliers et libéraux impliqués (médecins généralistes, IDE, kinésithérapeutes).

4. Développer la communication auprès des professionnels et du grand public

- ⊕ Informer les usagers et les professionnels intervenant dans le parcours, sur la réalité de ces programmes RAAC, pour permettre **davantage d'implication du patient dans sa réhabilitation** après chirurgie.
- ⊕ Développer les liaisons ville-hôpital notamment le compte-rendu de sortie d'hospitalisation à destination du médecin traitant et du patient.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Durée moyenne de séjour régionale pour les prothèses totales de hanche

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Recommandations HAS relatives à la RAAC (Juin 2016) ;
- ⊕ Programme national pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Urgences et permanence des soins, Chirurgie ambulatoire, Qualité, Innovation, Démographie des professionnels de santé.

4.2 Développer la pratique de la chirurgie ambulatoire en garantissant aux patients une prise en charge de qualité

Le contexte

En 2015, le nombre de séjours ambulatoires a été, pour la première fois, supérieur aux séjours d'hospitalisation complète. La région présente désormais des caractéristiques comparables à celles du niveau national.

Cependant, des disparités territoriales persistent et le recours à la chirurgie ambulatoire reste insuffisant pour certains gestes, comme la chirurgie de la main et du poignet, où il existe encore un potentiel de développement significatif.

L'enjeu est donc d'élargir le champ des pratiques innovantes et pertinentes éligibles à la chirurgie ambulatoire. Au plan national, il s'agit d'un enjeu souligné par le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2016-2020, qui cible pour la région un taux à atteindre de 66,6% pour 2020. L'objectif national est de 70 % en 2022.

Une vigilance sera portée sur la prise en charge des personnes âgées ou fragiles pour éviter les risques de ré hospitalisation. L'enjeu des années à venir est d'apporter toujours plus de qualité et de sécurité en chirurgie. Cet objectif dépasse le cadre strictement médical et implique l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent, à l'hôpital comme en ville. Il sera nécessairement fait appel à une coordination de ces acteurs au moyen d'outils tels que les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), les plateformes territoriales d'appui (par exemple dès l'amont d'une prise en charge complexe), ou encore les GHT.

Une complémentarité harmonieuse de l'ensemble des dispositifs existants (PRADO, HAD) avec les programmes RAAC sera recherchée. Il est important que le patient participe pleinement, et soit donc bien informé pour faciliter son orientation en amont et en aval de l'intervention.

Les finalités

- ⊕ Poursuivre le développement du **virage ambulatoire** et créer les conditions favorables à l'atteinte des objectifs du plan national 2015-2020 ;
- ⊕ Au-delà des plateaux techniques hospitaliers, **poursuivre la mise en place de conditions favorables au développement de l'ambulatoire** dans les établissements – notamment par la mise en place d'unités et de circuits dédiées, là où elles n'existent pas encore ;
- ⊕ Promouvoir **l'information du patient et des professionnels** (ex. : développement des usages du site PAPRICA - Plateforme d'Appui de Premier Recours pour les Interventions en Chirurgie Ambulatoire...)

- ➔ Promouvoir la **formation-action des équipes de santé** et de leur encadrement, au-delà de la formation individuelle des professionnels de santé ;
- ➔ Positionner la prise en charge hospitalière dans une **organisation de parcours territorial lisible pour les patients**, et favorisant l'intégration des professionnels de santé autour du parcours patient jusqu'à son retour à domicile ;
- ➔ Répondre de manière qualitative aux attentes des patients, pour leur permettre un retour plus rapide à domicile, en développant les programmes de **réhabilitation améliorée après chirurgie**, dans des conditions de sécurité optimales (cf. thème 4.1, chantier 2).

Chantier 1 : Améliorer la performance des organisations hospitalières en chirurgie ambulatoire

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Pour atteindre la cible régionale définie par le programme national 2015-2020, la mise en place de conditions favorables à la pleine réalisation du potentiel d'activité ambulatoire à l'hôpital s'appuiera sur :

- L'accroissement de la performance et la lisibilité des processus ambulatoires au sein des organisations et des plateaux techniques hospitaliers (unités de chirurgie ambulatoire dédiées, circuits dédiés...) ;
- L'adaptation de l'architecture et l'efficacité des organisations hospitalières, afin de favoriser le plus possible les circuits courts, sans attendre la résolution de toutes les limites – notamment architecturales - pour progresser en qualité ;
- La substitution d'actes réalisés en hospitalisation complète dans le cadre des gestes marqueurs où il existe des marges de progrès régional, mais aussi les prises en charge innovantes ;
- L'exploitation des gisements de développement possible en aval des urgences.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Capitaliser sur les résultats des appels à projets régionaux

- ⊕ **Analyser les résultats obtenus** par les établissements engagés dans les appels à projets régionaux au regard de leurs engagements contractuels, et du potentiel de transférabilité que les innovations permises laissent espérer au profit des autres acteurs de la région.
- ⊕ Favoriser des **retours d'expérience** régionaux sur les facteurs moteurs de développement : organisation des établissements, adaptation des architectures existantes, hôtels hospitaliers, pratiques innovantes, renforcement des liens avec la médecine de ville, amélioration du parcours patient.
- ⊕ Proposer des appels à projets régionaux qui seront prioritairement axés sur l'amélioration des organisations d'équipes, des parcours et pas uniquement sur la formation des professionnels.

2. Faire disparaître la chirurgie ambulatoire « foraine » par le développement des pratiques au sein d'unités de chirurgie ambulatoire dédiées

En 2015, près de 20% des actes étaient encore réalisés en dehors d'unités disposant d'une organisation spécifique.

- ⊕ Au-delà de la contrainte architecturale, qui peut exister et demander du temps pour disparaître, la priorité doit être de lutter contre la pratique « foraine » de la chirurgie ambulatoire de manière isolée dans des unités classiques de chirurgie, où les facteurs de non-qualité sont connus (personnel non formé ou gestes techniques inadaptés à la chirurgie ambulatoire, sortie de fin de journée vécue comme une contrainte par le service...).

3. Promouvoir l'évolution fonctionnelle des unités de chirurgie ambulatoire (UCA)

- ⊕ Favoriser la **lisibilité des processus ambulatoires** au sein des organisations et des plateaux techniques hospitaliers : mise en place de circuits différenciés dans chaque UCA selon le type de chirurgie (circuits dédiés), hébergement différencié en conséquence (lits, fauteuils, cocons...).
- ⊕ Poursuivre les **plans de développement de la chirurgie ambulatoire**, sans nécessairement attendre la résolution de toutes les limites – notamment architecturales qui sont souvent les plus longues à vaincre – pour progresser en qualité.

4. Développer la chirurgie ambulatoire dans les champs où elle peut progresser de manière volontariste

- ⊕ S'appuyer sur l'expérience acquise pour améliorer la performance des prises en charge des **enfants** (moins de 15 ans) et des **personnes âgées** (plus de 75 ans) afin de poursuivre l'inscription de la chirurgie ambulatoire dans les filières de soins spécifiques.
- ⊕ Poursuivre l'effort sur la chirurgie des gestes marqueurs dont le recours à l'ambulatoire a atteint le niveau national observé en 2016.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux global de chirurgie ambulatoire

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2015-2020 ;
- ⊕ Grands programmes 2018-2022 de transformation du système de santé.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Chirurgie, Qualité, Innovation, Démographie des professionnels de santé.

4.3 Développer l'hospitalisation de jour en médecine

Le contexte

Le développement de l'hospitalisation de jour (HDJ) en médecine multidisciplinaire s'inscrit dans la transformation de l'organisation de l'offre de médecine vers des réponses de plus en plus programmées, privilégiant l'ambulatoire. Cette transformation répond d'une part aux nouveaux besoins résultant de l'évolution des traitements et de l'accroissement des maladies chroniques, d'autre part aux exigences de performance et de qualité. Elle répond également aux attentes des patients.

Les finalités

Le développement de l'HDJ requiert dans les établissements une **fonction de programmation centralisée des séjours** mettant en relation tous les plateaux techniques et consultants de l'établissement au service de chemins cliniques pré-identifiés et protocolisés.

Il nécessite de **renforcer les liens entre les professionnels de santé exerçant en ville et les établissements** et de développer les filières territoriales de l'offre en lien avec la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont un des enjeux est de diminuer le recours évitable aux urgences.

Chantier 1 : Poursuivre le développement de l'HDJ multidisciplinaire en médecine

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Au vu des données nationales 2015, il existe en Bretagne une marge de développement des réponses alternatives à l'hospitalisation complète. La part de séjours en médecine (hors séances) en hospitalisation complète dans les établissements de santé bretons est plus élevée qu'au niveau national (58,4 % contre 51,4 %) et corrélativement plus faible en hospitalisation de jour (14,9 % contre 18,10 %). Le taux de séjours de médecine faisant suite à un passage aux urgences est également plus élevé en Bretagne qu'au niveau national (63,3 % contre 54,2 %).

Les territoires bretons apparaissent couverts par une offre quantitativement satisfaisante en hospitalisation complète au regard des besoins de la population.

La déclinaison du plan national ONDAM 2015-2017 et l'accompagnement des établissements ont dynamisé l'évolution en faveur du développement des activités ambulatoires. Les établissements autorisés en médecine et dotés de plateaux techniques divers développent des structures individualisées de médecine ambulatoire alternatives aux séjours avec nuitée. Tous les territoires sont équipés, cet effort doit être poursuivi pour progresser en efficacité, en favorisant dans un premier temps les structures existantes multidisciplinaires.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Placer la fonction de programmation au cœur du dispositif

- ⊕ **Cibler des plages de disponibilité** des différents plateaux techniques et consultations externes de spécialité qui soient **dédiées à la médecine en HDJ**, de sorte à éviter toute mise en concurrence avec les autres demandes externes et internes à l'établissement. Les outils informatiques sont essentiels de même que la fonction assurée par l'IDE de programmation.

2. Affirmer le caractère multidisciplinaire de l'HDJ médecine

- ⊕ La centralisation de la programmation doit bénéficier au plus grand nombre de patients et la prise en charge en HDJ relève d'une multidisciplinarité (plateaux techniques et intervenants). L'objectif est que **toutes les spécialités participent au développement de l'HDJ médicale**, modifiant le recours à l'hospitalisation complète, les organisations en place et les réticences à s'éloigner du service.

3. Identifier, par spécialités, les chemins cliniques et les parcours des patients éligibles à l'HDJ médecine

- ⊕ Ce travail préalable, par spécialité, est indispensable à **l'ordonnancement des évènements de soins**. Il permet de planifier, en fonction de l'urgence du besoin tout en veillant à maintenir l'efficacité des structures, les admissions en HDJ pour bilan itératif de maladies chroniques, pour bilan diagnostique à court terme, pour traitement, ou pour acte interventionnel, diagnostique ou thérapeutique.
- ⊕ La définition clinique des parcours éligibles à la structure HDJ, par spécialité, permet, dans un partenariat étroit entre les cliniciens et les médecins DIM de l'établissement, de **repérer**

secondairement, par une requête adaptée du PMSI, **les séjours éligibles à l'HDJ réalisés en hospitalisation traditionnelle**. Ces requêtes viennent en soutien aux projections de l'organisation de l'offre et de son impact au sein de l'établissement.

4. Formaliser, par site autorisé, une charte de fonctionnement de l'HDJ

- ⊕ Cette charte, prévue par les textes en vigueur, doit définir les **horaires d'ouverture**, le **public ciblé** et la procédure de **prescription du séjour** en HDJ, la procédure de sortie, les missions respectives des acteurs de la structure. L'HDJ médecine fait émerger de nouvelles missions qui requièrent un personnel formé pour assurer son fonctionnement : **IDE de programmation**, IDE de soins, **IDE/agent de parcours** qui s'assure du bon déroulement du séjour, médecin et cadre coordonnateurs, médecin référent de spécialité.

5. Mettre en place au niveau régional, un retour d'expérience mutualisé entre les établissements

- ⊕ Ces échanges permettront de constituer progressivement un **thésaurus régional des chemins cliniques** et de leur codage, de co-construire avec les acteurs un **outil d'aide au repérage des séjours éligibles à l'HDJ** et de comparer les organisations et notamment les **ratios de personnel non médical par patient présent**.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des séjours sans nuitée en médecine

Chantier 2 : Renforcer les liens entre la ville et les établissements

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La région présente un taux élevé de séjours en hospitalisation complète en médecine après passage aux urgences. Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en médecine et de l'hospitalisation programmée à court terme permettent d'autres modalités de réponse aux besoins de la population mais requiert une meilleure coordination entre les médecins traitants et les établissements.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Diffuser progressivement auprès des médecins de ville les chemins cliniques éligibles à l'HDJ

L'HDJ médecine doit proposer de nouvelles modalités de réponse aux besoins des patients et de leurs médecins traitants et peut ainsi permettre d'éviter un passage aux urgences pour des patients venant du domicile (EHPAD inclus).

- ⊕ Il est souhaitable de **faire connaître cette offre aux médecins traitants**, après formalisation du processus de prescription à l'admission en HDJ. Parallèlement l'organisation interne devra permettre la réponse la plus adaptée à cette demande et veiller à la réactivité de la structure pour favoriser cette coopération avec les médecins de ville.

2. Sécuriser le retour au domicile

- ⊕ Le **dispositif de sortie de l'HDJ** doit être mieux encadré, comprenant notamment la remise de coordonnées téléphoniques du service au patient et une procédure de rappel du lendemain, selon des parcours ciblés. Tant pour le patient que pour l'organisation du service, l'intérêt de ce dispositif est régulièrement mis en avant dans les recueils de bonnes pratiques.
- ⊕ **Le médecin traitant doit être tenu rapidement au courant des informations relatives au séjour** par le courrier de sortie ou par les moyens les plus adaptés (téléphone, messagerie sécurisée, dossier patient informatisé).

3. Dynamiser la réactivité des établissements face aux besoins

- ⊕ Comme précisé dans le chantier 1, le **développement de l'HDJ inopinée** diagnostique ou thérapeutique **et de l'HDJ programmée à très court terme**, pourront à l'avenir, quand les structures seront prêtes et quand la programmation le permettra, éviter des hospitalisations complètes. Cet objectif, reposant sur la programmation centralisée, peut être étendu à une hospitalisation programmée de très courte durée avec une nuitée si besoin. Il peut constituer une réponse alternative à certains passages dans les services d'urgence. L'utilisation pertinente des hôtels hospitaliers peut également contribuer au développement de l'HDJ.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux d'entrée par les urgences en médecine hospitalisation complète

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité.

4.4 Assurer le développement de l'HAD sur l'ensemble du territoire régional

Le contexte

Des prises en charge de plus en plus complexes et la nécessité de fluidifier les parcours patients valident l'hospitalisation à domicile (HAD) comme une alternative incontournable à l'hospitalisation conventionnelle.

Tous les territoires bretons sont couverts par une structure d'hospitalisation à domicile (13 HAD autorisées au total). Jusqu'à présent l'offre a été organisée autour du principe de compétence exclusive d'un établissement HAD sur un territoire délimité, sous réserve de couvrir les besoins de l'ensemble des patients du territoire autorisé.

Les politiques nationales réaffirment la volonté d'un développement fort de l'HAD notamment en substitution à l'hospitalisation conventionnelle, avec un objectif cible de taux de recours de 30 patients par jour pour 100 000 habitants.

En Bretagne, le taux de recours à l'HAD rejoint aujourd'hui la moyenne nationale (18,4 contre 19,9) avec cependant des situations très différentes de prises en charge d'un territoire à l'autre (de 13 à 45 patients par jour pour 100 000 habitants).

Le développement de l'HAD est la rencontre de facteurs favorables (l'évolution des techniques médicales, l'innovation des systèmes d'information, la télémédecine et la structuration des coordinations) avec la volonté du patient d'être traité à son domicile.

Les finalités

L'objectif principal est de permettre à l'ensemble de la population de bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, quand celle-ci est médicalement possible. Celle-ci permet aussi d'assurer de nouvelles formes de prise en charge pour les patients en structures médico-sociales.

Les actions d'information en direction des établissements de santé, qui sont les principaux adresseurs de l'HAD, seront confortées. Par ailleurs, les prises en charge des patients venant du domicile et des structures médico-sociales devront être encouragées.

La bonne articulation de l'activité d'HAD avec celle des autres opérateurs (équipes mobiles, hospitalisation de jour, SSIAD, professionnels libéraux...) est un facteur de reconnaissance de son efficacité tant auprès des prescripteurs que des usagers.

La cible est d'améliorer le taux de recours à l'HAD et de tendre vers l'objectif national de 30 patients par jour pour 100 000 habitants, tout en réduisant les inégalités territoriales.

Chantier 1 : Développer l'hospitalisation à domicile en complémentarité avec l'hospitalisation conventionnelle

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La progression de l'HAD est portée par un fort adressage hospitalier. En 2015, 64 % des patients pris en charge en HAD en Bretagne l'ont été suite à un séjour hospitalier, permettant ainsi d'écourter le temps passé en établissement de santé conventionnel.

Plus de 35 % des patients ont été pris en charge directement depuis leur domicile. Là-dessus la part des patients provenant d'un établissement médico-social, essentiellement EHPAD, est de 12 % des patients, ce qui place la Bretagne au 2^{ème} rang des régions pour cette filière d'accès.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer dans les établissements conventionnels les dispositifs d'adressage en HAD

- ⊕ Au regard de l'adressage provenant des établissements de santé, il est important de poursuivre les travaux sur l'amélioration de l'organisation hospitalière. Des **objectifs d'adressage** continueront à être fixés aux établissements de santé.
- ⊕ En lien avec les travaux de l'ANAP, **l'identification des séjours susceptibles de faire l'objet d'une hospitalisation à domicile** sera développée avec les établissements de santé conventionnels.
- ⊕ Un travail devra être mené par l'ensemble des acteurs pour **analyser les non-admissions**, les variations de case mix entre territoires, les freins aux prises en charge, et les éventuels critères d'éligibilité appliqués par les HAD. De même, des retours d'expérience sur des situations complexes sont à préconiser ainsi que l'élaboration de recommandations régionales afin de favoriser la compréhension des adresseurs hospitaliers.
- ⊕ Tout dispositif favorisant **l'anticipation des sorties** de l'hospitalisation conventionnelle (plateforme, outils de régulation...), que ce soit vers l'HAD ou toute autre prise en charge à domicile selon les besoins médicaux du patient, est à promouvoir.
- ⊕ Il sera également nécessaire de favoriser toute démarche permettant de **repérer en amont les situations nécessitant l'intervention de l'HAD** afin de la déclencher très rapidement pour éviter des passages aux urgences, de même que la connaissance de l'HAD par les organisations gestionnaires de situations complexes (MAIA, PTA, etc.).

2. Garantir une offre territoriale adaptée

- ⊕ **L'HAD et ses adresseurs**, notamment les établissements de santé, **travailleront à définir plus clairement les filières de soins** tout en prenant en compte les contraintes de chacun et les freins liés à l'environnement ou au territoire. Plusieurs pistes sont à creuser : le nouveau mode de prise en charge (MPP) « retour précoce au domicile après une intervention chirurgicale », les chimiothérapies à domicile, les soins de suite et de réadaptation ou encore plusieurs prises en charges spécialisées.

Cette collaboration permettra, dans les différentes filières de soins, de déterminer le rôle cible de chacun.

L'offre est actuellement organisée autour du principe de compétence exclusive d'un établissement HAD sur un territoire délimité. Ce principe repose sur des critères de performance liés à l'activité des établissements, leur gouvernance, les partenariats. Il pourra être aménagé pour développer certaines filières de prise en charge à domicile.

- ⊕ La diversité des aires d'intervention des HAD, (une HAD couvre 900 000 habitants, six couvrent entre 230 000 et 400 000 habitants, et six, moins de 135 000 habitants), la variabilité des taux de recours entre HAD et la **diversité et l'intensification des prises en charge** sont autant d'éléments qui pourront conduire à s'interroger sur d'éventuelles évolutions territoriales.

3. Accroître les interventions en établissements social ou médico-social

- ⊕ Les interventions en établissement social ou médico-social sont également un facteur de développement de l'activité d'HAD. L'efficacité des **partenariats** entre ces structures passe par une bonne interconnaissance des équipes.
- ⊕ Un **protocole de soins** précis pour chaque patient en **EHPAD**, définissant clairement le rôle de chaque équipe soignante, est fondamental pour la qualité et la sécurité des prises en charge, de même que les protocoles en cas d'aggravation des situations des patients.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de recours à l'HAD pour 100 000 habitants

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national soins palliatifs.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Soins palliatifs, Qualité.

Chantier 2 : Renforcer le rôle de l'HAD dans les réponses coordonnées et globales aux besoins des patients à domicile

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La prise en charge des situations complexes relevait historiquement de l'hospitalisation conventionnelle qui disposait de ses propres référentiels d'organisation. Ces prises en charge, désormais réalisées au domicile par les HAD, nécessitent de développer des modes d'organisation partagés et une articulation avec les autres intervenants sanitaires et sociaux du domicile.

Les trois principaux motifs de prise en charge « pansements complexes », « soins palliatifs » et « soins de nursing lourds » sont en Bretagne comme au national les plus fréquents (61% des journées d'HAD). L'évolution de la diversité des besoins au domicile devra conduire à mieux articuler les différentes parties prenantes de l'intervention au domicile, sanitaire et social, professionnels et aidants familiaux ou institutionnels. Le développement des nouveaux modes de coordination au domicile s'appuiera sur les structures d'HAD.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser les collaborations entre les différents acteurs intervenant au domicile.

- ⊕ Le partenariat avec les **plateformes territoriales d'appui** (PTA) sera renforcé pour pleinement associer l'HAD à ce dispositif de coordination et entretenir les liens utiles avec les médecins traitants, adresseurs potentiels de patients aux HAD.
- ⊕ La **diversification** des modes de prises en charge doit être encouragée. Elle permet d'offrir une alternative à domicile aux patients du territoire pour des prises en charge hospitalières. Elle implique une nécessaire évolution des compétences et des formations des intervenants de l'HAD.

2. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

Les exigences claires en matière de qualité, de sécurité et d'articulation entre les différents acteurs de la prise en charge seront à rappeler.

- ⊕ Les démarches de renforcement de la **qualité**, de **validation** de celles-ci (certification HAS) et de **pertinence** des admissions, seront poursuivies afin de renforcer leur positionnement au sein des territoires.
- ⊕ La **sécurité** des prises en charge sera améliorée par une bonne articulation avec les SAMU.
- ⊕ Les **échanges d'informations** entre professionnels libéraux, HAD, SSIAD, aides à domicile, aidants et établissements de santé conventionnels sont particulièrement importants pour une perception globale de l'état du patient qui conduit à la qualité de la prise en charge la plus adéquate. Ce partage d'informations sera facilité par le déploiement du SI parcours.
- ⊕ La **dimension relationnelle** entre soignant et patient, lors du choix de changements d'intervenants, en particulier dans la fin de vie, devra faire l'objet d'une attention particulière. L'HAD sera aussi promu comme acteur de l'offre en soins palliatifs dans les territoires.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de patients admis en HAD adressés par le médecin traitant

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Soins palliatifs, Innovation.



4.5 Assurer à la population un accès équitable et de qualité à l'imagerie diagnostique

Le contexte

L'imagerie est indispensable à l'établissement du diagnostic médical. Elle contribue à la validation des stratégies thérapeutiques. Elle s'y associe étroitement par l'essor de l'imagerie interventionnelle.

L'accès facilité des patients à l'imagerie médicale diagnostique est un facteur essentiel de la qualité des soins. Les patients sont légitimement attentifs aux délais de rendez-vous et au bénéfice direct d'une expertise médicale accessible en proximité.

Les professionnels sont eux-mêmes soucieux de la qualité du service médical rendu et de l'efficacité des relations entre professionnels de santé, notamment entre « prescripteurs » et « imageurs » afin de limiter les pertes de chance et d'optimiser la fluidité des parcours. Cette préoccupation se rencontre particulièrement lors des situations d'urgences médicales, la prise en charge des AVC, des maladies chroniques, ou en cancérologie, où des organisations performantes influencent immédiatement la qualité des soins.

Le bilan de l'offre met en évidence un niveau d'équipement régional en imagerie de coupe encore inférieur au niveau national, ainsi que des contraintes fortes de démographie médicale, tant des radiologues hospitaliers que libéraux.

L'accroissement du parc d'équipement va être poursuivi avec discernement, en tenant compte des adaptations d'organisations qu'il requiert, tant au sein des lieux de prise en charge que tout au long des parcours de soins dans les territoires.

La télé-imagerie peut répondre aux besoins de continuité et de permanence des soins ainsi qu'à ceux de télé expertise. Elle est aujourd'hui facilitée par la progression du très haut débit dans les territoires et les performances numériques des équipements. Mais elle ne peut pas se départir d'un projet médical solide, reposant sur des compétences radiologiques dont celles des manipulateurs en électroradiologie médicale, qui doit s'inscrire dans une lisibilité des organisations et des ressources territoriales, notamment dans le contexte des groupements hospitaliers de territoire devant s'ouvrir aux coopérations avec les cabinets libéraux.

Le regroupement fonctionnel des professionnels et la délégation de tâches constituent également des réponses à travailler face à l'accroissement des besoins.

Les finalités

- **Offrir aux patients des actes de qualité** : l'amélioration de l'accessibilité aux soins, dans le temps et l'espace, est une préoccupation constante afin de limiter les risques liés aux pertes de chance éventuelles, notamment en cancérologie et dans la prise en charge des AVC ou dans le suivi thérapeutique des maladies chroniques.



- **Faciliter les parcours** : la disponibilité de l'offre en imagerie agit sur tous les parcours de soins auxquels elle contribue. Cette offre doit donc les favoriser, par une organisation coordonnée des acteurs et une répartition territoriale pertinente. Des outils de partage et d'échange des données d'imagerie doivent être effectifs entre tous les acteurs.
- **Assurer la qualité et la pertinence des actes d'imagerie** : la contrainte qui pèse sur la ressource, comme la prise en compte des risques inhérents aux activités d'imagerie, invite à sensibiliser les prescripteurs à la pertinence des actes et à l'évaluation des pratiques, notamment sur les risques liés à l'exposition des patients aux rayonnements ionisants.
- **Améliorer la performance de l'offre** en imagerie : les organisations et coopérations territoriales notamment dans le champ de la télémédecine ainsi que l'innovation en santé sont des facteurs d'amélioration et de fluidité de l'offre dans notre région.

Chantier 1 : Améliorer l'accessibilité des patients aux différentes techniques d'imagerie

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les enjeux en matière d'imagerie sont de :

- **Apporter une réponse adaptée et de qualité** sur l'ensemble du territoire **tant pour les soins programmés que pour l'urgence** ;
- **Mobiliser les évolutions technologiques** : développement du recours à la télémédecine, anticipation des besoins d'implantation de techniques innovantes (évolution des TEP Scan, des TEP IRM, IRM de très haut champ, scanner de très haute résolution...), y compris en imagerie interventionnelle (scanner, IRM, plateforme multimodale...) ;
- **Définir des chemins cliniques en imagerie**, selon qu'il s'agisse d'actes relevant de l'ambulatoire, de l'urgence, de l'intervention programmée, de l'imagerie interventionnelle, tout en tenant compte des spécificités de certains publics (femmes enceintes, personnes âgées, enfants...).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Pour répondre à la progression des besoins liés à l'évolution de la population (démographique et liée au vieillissement), des nouvelles indications médicales, le PRS doit concilier qualité, expertise et proximité, et tenir compte des contraintes de ressources, y compris dans le cadre de la permanence des soins.

1. Accroître le parc régional des équipements

- ⊕ Ce renforcement se fera dans une progression **compatible avec la démographie médicale** et les nécessités de continuité et de permanence des soins.

2. Favoriser dans les territoires, des organisations de type « plateforme multimodale »

- ⊕ Il s'agit de favoriser des organisations qui permettent une **mutualisation de locaux, d'équipement, de personnel** non médical et médical, et de systèmes d'information, permettant d'assurer l'organisation commune au titre de la permanence des soins.

3. Consolider la gradation de l'offre par territoire

Cette gradation devra tenir compte :

- ⊕ De la **qualité du projet médical** qui justifie les autorisations : il doit engager les acteurs dans une organisation commune dépassant la simple mutualisation d'équipements (IRM, scanner ou PET Scan) y compris dans le champ de la permanence des soins.
- ⊕ De la **pertinence des équipements** autorisés au regard de la cohérence du projet médical, des possibilités de mise en œuvre et des activités du plateau technique environnant (urgences, cardiologie interventionnelle, unités neuro-vasculaires (UNV), oncologie et hématologie) et notamment les équipements tels que les IRM 3 teslas (qu'il convient de privilégier en association

avec l'existence d'un service de neurologie avec UNV et/ou d'une activité en cancérologie abdominale, pelvienne, neurologique) ou les IRM ostéo-articulaires

- ⊕ De la maturité d'engagement des acteurs dans les **coopérations** (projet médical partagé de GHT, plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) défini à l'article L6122-15 du code de la santé publique, autres partenariats ou projets territoriaux, plateforme régionale),
- ⊕ Des besoins liés à la **recherche** clinique et appliquée,
- ⊕ De la **contribution apportée aux sites ou territoires fragilisés** par les difficultés de recrutement et le recours à l'intérim.

4. Définir et mettre en place une organisation régionale de l'imagerie

Cette organisation doit permettre de **répondre aux besoins de mutualisation de la ressource et de l'expertise médicale en imagerie**, capable d'apporter une réponse structurée de **télé-médecine** pour :

- Les sites/secteurs en difficulté du fait de la démographie professionnelle,
- L'accessibilité aux techniques innovantes et la réponse aux besoins de télé expertise pour des surspécialités en imagerie.
- Les besoins liés à la continuité et à la permanence des soins.
- Les territoires ou établissements de proximité qui connaissent des fermetures de cabinets de radiologie conventionnelle, sans alternative de reprise pour les besoins de premier recours.
- L'optimisation des coûts de transports.

Cette organisation devra s'appuyer sur :

- ⊕ **La promotion d'une vision territoriale et régionale** de la gestion des compétences et des ressources en imagerie ;
- ⊕ **La définition et la mise en place d'une gouvernance et d'une organisation régionales**, dont la forme est à déterminer, en partenariat avec les fédérations d'établissements et représentants professionnels de l'imagerie médicale
- ⊕ Des **modalités de financement** (notamment en télé-imagerie) ;
- ⊕ Une **offre technologique ambitieuse**, pour assurer un réseau régional techniquement performant, des fonctions ressources mutualisées et une politique d'harmonisation et d'interopérabilité régionale des systèmes d'archivage et de transmission d'image des cabinets et établissements.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Ecart des taux de recours à l'IRM à l'intérieur de la région

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Stratégie régionale en matière de télémédecine et de systèmes d'informations partagés (schéma directeur du GCS e-Santé Bretagne) ;
- ⊕ Cadre commun des projets d'e-santé (ASIP Santé).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Urgences et permanence des soins, Chirurgie, Maladies cardio-neuro-vasculaires, Qualité, Innovation, Démographie des professionnels de santé.

Chantier 2 : Promouvoir la qualité et la sécurité des actes et des organisations en imagerie

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques en imagerie sont des contributeurs importants pour :

- **Améliorer la pertinence des actes** d'imagerie en favorisant, par la sensibilisation et la formation, une juste prescription et réalisation des actes d'imagerie afin d'éviter le plus possible les actes redondants ou non conformes aux indications médicales et aux recommandations de bonne pratique, qui sont autant de facteurs de consommation d'actes évitables dans un environnement aux ressources limitées ;
- **Améliorer la sécurité et diminuer l'exposition** des patients et des professionnels aux rayonnements ionisants, tout en favorisant les techniques dépourvues d'irradiation (IRM-échographie vs. scanner), et en renforçant la radioprotection (protocoles, équipements moins irradiants) ;
- **Améliorer le partage et l'échange de données d'imagerie** (image, compte-rendu).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Améliorer la pertinence des actes

Améliorer la pertinence des examens d'imagerie vise à réduire les examens d'imagerie non justifiés et à recourir préférentiellement, à chaque fois que cela est possible, à la technique présentant le niveau d'exposition le plus faible aux rayonnements ionisants et le meilleur rapport bénéfice/risque dans la situation considérée. Il s'agit également d'améliorer les pratiques cliniques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie.

- ⊕ Diffuser largement le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale édité par les Sociétés françaises de radiologie (SFR) et de médecine nucléaire (SFMN), afin de permettre aux professionnels de la région de préciser la pertinence des indications des examens d'imagerie médicale prescrits.
- ⊕ Acter, avec les urgentistes, les indications consensuelles de réalisation d'actes au regard des situations cliniques.
- ⊕ Améliorer le partage du dossier d'imagerie du patient par l'interopérabilité des systèmes d'archivage et de partage des images (« PACS »).

2. Renforcer la radioprotection

La radioprotection doit être accrue, complétant en cela les progrès réalisés par les sociétés fabriquant les équipements. Les résultats d'une meilleure radioprotection bénéficieront au patient comme au personnel, tout particulièrement pour les populations spécifiques telles les enfants et les femmes enceintes.

- ⊕ Intégrer systématiquement la **promotion de la radioprotection** dans les projets médicaux des acteurs ;

- ⊕ Elaborer des **protocoles** de diminution de doses et de protection ;
- ⊕ Développer des **compétences professionnelles partagées** entre sites d'exercice, telles les compétences de physicien ;
- ⊕ Favoriser la mise en œuvre d'équipements **plus récents et moins irradiants**.

3. Renforcer les actions de sensibilisation et de formation

- ⊕ Favoriser la déclaration des événements indésirables graves (EIG) afin d'en apprécier l'importance et de proposer des mesures préventives ;
- ⊕ Définir, promouvoir et évaluer des actions de sensibilisation, d'information et de formation, de retro-information des professionnels de santé afin de **faire évoluer les pratiques** professionnelles.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Ratio entre recours régional au scanner et recours régional à l'IRM

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Actions de sensibilisation et conseil de l'Autorité de sûreté nucléaire.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Qualité, Innovation, Démographie des professionnels de santé.



4.6 Assurer un égal accès au diagnostic génétique et améliorer le parcours des patients atteints de maladies rares

Le contexte

L'accès à l'offre d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales représente un double enjeu :

- la mobilisation de compétences rares à l'échelle de la région, faisant appel à des technologies complexes,
- la nécessité d'une lisibilité accrue de l'offre, indispensable à la mise en œuvre d'une médecine de précision.

L'accès de la population bretonne à une offre graduée de génétique s'est amélioré par la mise en place d'une organisation régionale adossée aux CHU et au CH Bretagne Atlantique pour le recrutement médical et l'organisation de consultations avancées, et par le financement de recrutements de conseillers en génétique ,professionnels de santé ayant un rôle d'information, de soutien aux individus, familles, couples transmettant ou susceptibles de transmettre une affection génétique qui travaillent, en équipe pluridisciplinaire et sous la responsabilité d'un médecin généticien .Cette amélioration doit être poursuivie pour répondre aux besoins croissants de la population.

Les acteurs doivent être accompagnés pour être en mesure de s'inscrire tout à la fois dans le cadre d'une stratégie nationale exigeante, et d'une réponse de proximité lisible et organisée pour les patients et leurs familles, tout en tenant compte des ressources et compétences nécessaires à la qualité de la réponse régionale.

Les finalités

- **Poursuivre le renforcement du maillage régional de l'offre** par des ressources médicales et paramédicales complémentaires ;
- **Améliorer le recours aux filières maladies rares**, en facilitant la coordination entre les centres de référence et les centres de compétence pour les maladies rares (CRMR et CCMR) et en **développant le lien entre ce dispositif sanitaire et les structures médico-sociales** ;
- **Améliorer la lisibilité du dispositif** pour la population et les professionnels ;
- **Faciliter le développement de traitements et prises en charge personnalisés**, dans la lutte contre le cancer notamment, **et de diagnostics précis** dans le domaine des maladies rares grâce à la montée en puissance de la médecine génomique ;

- **Promouvoir et renforcer l'interopérabilité**, tant pour les activités cliniques que pour les activités des laboratoires de génétique, dans un sens permettant de conforter les ressources nécessaires à la mise en œuvre des orientations stratégiques nationales et régionales ;
- **Développer la recherche sur les systèmes de santé**, notamment par le biais de la structuration et de l'exploitation des *big data*.

Les priorités de structuration ont été construites autour de deux chantiers :

- ⊕ Structurer la **gradation de l'offre en génétique** médicale et améliorer le parcours du patient
- ⊕ Maintenir l'offre et garantir la **qualité** des laboratoires réalisant les examens des caractéristiques génétiques, dans un contexte de forte évolution technologique.

Ils ont pour objectif de pérenniser le principe d'une définition et d'une organisation de l'offre au niveau régional et de permettre aux professionnels et aux patients de bénéficier de façon homogène de l'accès à l'information, à l'innovation et à la recherche. Le rôle de recours et d'expertise des CHU dans cette organisation est à conforter.

Chantier 1 : Structurer la gradation de l'offre en génétique médicale et améliorer le parcours du patient

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La génétique médicale est une spécialité indispensable dans le domaine du diagnostic des maladies rares et dans la détermination des origines des cancers, où elle apporte une amélioration des choix thérapeutiques. Elle est également un élément clé de la prévention par un meilleur suivi des personnes porteuses d'une mutation ou de prédispositions. Ces deux secteurs restent prioritaires dans le développement de la médecine génomique. Le nombre de pathologies concernées va s'accroître.

Malgré un maillage régional de consultations de génétique et d'oncogénétique, les délais moyens d'attente restent trop importants et doivent être améliorés. En 2015, le délai de rendez-vous en oncogénétique était de 52 semaines en Bretagne contre 12 en moyenne nationale.

En biologie, la stratégie régionale doit prendre en compte l'importance du développement des techniques de séquençage de très haut débit qui va non seulement impacter les laboratoires, mais aura aussi des conséquences sur les consultations de génétique avec le recrutement de nouveaux patients et des rendus de résultats de plus en plus complexes, mobilisant de multiples compétences (cliniciens, biologistes, bio-informaticiens...).

Dans ce contexte, la lisibilité de l'offre pour les patients et les professionnels de santé adresseurs, est primordiale. Ainsi, les personnes atteintes de maladies rares, dont la majorité est d'origine génétique, sont confrontées à une importante errance diagnostique.

Celle-ci est d'autant plus importante que le temps d'attente avant la première consultation hospitalière spécialisée est long, par manque de connaissance par les professionnels de premier recours de ces maladies, mais également des professionnels vers lesquels orienter les patients. La coordination des parcours des patients et des familles reste le plus souvent assurée par les patients ou leurs aidants. Ce parcours est encore compliqué par la multiplicité des spécialités concernées par certaines maladies. Les manques en matière de système d'information partagés en santé sont sources de dysfonctionnements, notamment d'une redondance des examens.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Réduire le délai d'errance diagnostique des patients

L'amélioration constatée au niveau national au cours des cinq dernières années doit se poursuivre. La durée de l'errance diagnostique étant corrélée au temps mesuré entre l'apparition des symptômes et la première prise en charge hospitalière, il est nécessaire d'**améliorer l'orientation des patients** vers les consultations spécialisées le plus tôt possible.

- ⊕ Les professionnels de premier recours, doivent pouvoir accéder à une **information lisible sur les symptômes** susceptibles d'être liés à une maladie rare, ainsi que **sur l'organisation et la disponibilité de l'offre de consultations spécialisées**, en lien avec les associations de patients et les Unions régionales des professionnels de santé (URPS). En complément des informations déjà accessibles sur le site Orphanet, des supports permettant une orientation, sans que la maladie soit parfaitement identifiée doivent être proposés. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) constituera également un levier efficace.

- ⊕ Il conviendra de faciliter l'accès des médecins généralistes, des pédiatres, des spécialistes d'organe (gynécologues, rhumatologues, neurologues, cardiologues...) mais également des professionnels paramédicaux, à des **formations** adaptées à leur besoin.
- ⊕ Les **centres de référence** et de compétences bretons constituent des piliers pour la prise en charge des maladies rares en Bretagne. Ils doivent pouvoir **consolider leur rôle** de prise en charge des patients, mais également de participation à la recherche et à la formation.

2. Optimiser le maillage territorial des consultations en génétique et oncogénétique

En Bretagne, en complément des consultations spécialisées effectuées au sein des CHU et du centre hospitalier de Bretagne-Atlantique, des consultations avancées sont organisées aux CH de St-Brieuc, Lorient, Vannes et Quimper. Cette organisation repose également sur les centres de référence maladies rares de la région.

L'augmentation des demandes, l'accroissement de la complexité des examens avec la montée en charge des analyses de séquençage à très haut débit, seront de plus en plus confrontées à la limite de ressources en praticiens spécialisés.

- ⊕ Il conviendra de **consolider l'offre régionale**, notamment pour les territoires ne disposant pas de consultations, et de réfléchir à la pertinence et à la faisabilité de téléconsultations ou de télé-expertise.
- ⊕ Afin de tendre vers des délais de rendez-vous plus raisonnables, il est nécessaire de **conforter les effectifs** médicaux spécialisés, soutenus par des organisations et des compétences adaptées (psychologues, IDE, assistants sociaux, secrétariat médical...).
- ⊕ Les enjeux d'optimisation des organisations doivent conduire à redéfinir les partages des tâches, en développant notamment les **coopérations entre les médecins généticiens et les conseillers en génétique**, et s'inscrire dans des protocoles définis sous la responsabilité de chaque prescripteur, avec l'accord des patients.
- ⊕ Le développement de **réunions pluridisciplinaires** entre généticiens, spécialistes des pathologies concernées et biologistes doit se poursuivre pour favoriser une approche globale des patients.

3. Structurer le parcours des patients

La coordination du parcours est très souvent réalisée par les patients eux-mêmes ou par leurs proches, car ils disposent de l'ensemble résultats des examens et des analyses. Cette situation est de nature à accentuer le risque d'errance ou de redondances des explorations menées.

- ⊕ Afin de mieux être acteurs de leur parcours, les personnes atteintes de maladies rares ainsi que leurs aidants doivent disposer **d'informations claires** voire de formations adaptées en partenariat avec les associations.
- ⊕ De même, le **partage sécurisé des données médicales** entre les professionnels de santé consultés par les patients doit être encouragé.
- ⊕ Les « **équipes relais handicaps rares** », dispositif de coordination s'adressant à des personnes se trouvant en situation de handicap complexe, risquant une rupture de parcours ou sans accompagnement adapté, pourront servir de point d'appui aux patients répondant aux critères d'et à leur famille.

4. Favoriser l'accès aux traitements et à la recherche

Certaines maladies rares n'ont encore que peu, voire pas de traitements disponibles. L'**accès aux protocoles de recherche**, dont les listes sont disponibles sur Orphanet, est donc essentiel.

- ⊕ L'accès à ces protocoles innovants, qui dépend de la rapidité du diagnostic, doit être favorisé pour tous les patients du territoire, notamment par l'identification et la levée des freins à l'accès aux centres de recherche et d'investigation, aux traitements et prises en charge innovants.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Délai moyen d'attente pour accéder à une consultation de génétique

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan cancer 2014-2019 ;
- ⊕ 3^e plan national maladies rares ;
- ⊕ Programme handicaps rares.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Personnes en situation de handicap, Cancer, Innovation, Usager acteur en santé.

Chantier 2 : Maintenir l'offre et la qualité des laboratoires réalisant les examens des caractéristiques génétique

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consistent à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette analyse a pour objet :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques. Les laboratoires de biologie médicale réalisant ces analyses sont amenés à s'adapter à une forte évolution technologique. La nécessaire mutualisation des moyens génère une activité de transmission ou de réception d'analyses.

Dans le cadre du « Plan national maladies rares » les efforts d'équipements des laboratoires de génétique moléculaire ont été soutenus pour renforcer les plateformes de génétique moléculaire et le développement du séquençage haut débit dans les CHU.

La mise en place des plateformes nationales de séquençage très haut débit, prévue par le plan « France médecine génomique 2025 », va de nouveau bouleverser le fonctionnement des laboratoires. Ils devront tout en gardant un niveau de qualité et une offre pour les examens réalisés classiquement, être capables d'analyser un nombre très important de données brutes de séquençage.

Parallèlement, les biologistes devront assurer les obligations inhérentes à la démarche d'accréditation et respecter l'arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Cinq établissements (sept laboratoires) sont autorisés à réaliser les examens des caractéristiques génétiques. L'objectif est de favoriser désormais l'évolution technologique des laboratoires spécialisés des CHU en lien avec les besoins de la recherche, tout en maintenant le soutien aux techniques plus classiques afin de permettre le respect des recommandations émises pour le choix des examens.

1. Soutenir l'investissement des laboratoires

Les deux CHU disposent d'une offre orientée à la fois vers les besoins de proximité sur leurs territoires, comme d'une offre de recours ultra spécialisée dans le cadre de conventions avec des établissements régionaux et extra régionaux. Ils offrent ainsi quatre diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire en France. Parallèlement, ils proposent des analyses s'adressant à un plus grand nombre de patients telles que le dépistage prénatal des anomalies chromosomiques par l'analyse de l'ADN fœtal

dans le sang maternel permettant de diminuer considérablement le nombre de prélèvements invasifs (amniocentèse.....) et doivent pouvoir développer ces activités.

Les deux CHU ont acquis des équipements de séquençage haut débit. Mais les actes spécialisés réalisés grâce à ces investissements relèvent aujourd'hui encore d'une classification hors nomenclature qui ne garantit pas nécessairement un financement adapté des charges de fonctionnement alors même que ces actes sont de plus en plus prescrits. Cette situation doit appeler à une vigilance particulière.

- ⊕ Il est essentiel de **pérenniser le fonctionnement de ces laboratoires**, afin de maintenir des compétences de biologistes agréés, et les équipes de bio-informaticiens et d'ingénieurs qui les accompagnent. La perspective de la mise en place des **futures plateformes de séquençage à très haut débit** dans la région renforce cette nécessité.
- ⊕ Il faut également prioritairement **remédier au manque de biologistes formés à ces nouvelles technologies**, orienter les internes en biologie vers les formations spécifiques, et favoriser l'accès à des formations spécialisées pour des biologistes et bio informaticiens qui souhaitent s'orienter vers cette voie.

2. Améliorer la qualité des prescriptions

La prescription des demandes d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne peut être réalisée par tous les médecins, mais le manque d'information de certains d'entre eux peut générer des demandes non pertinentes ou non conformes aux recommandations.

- ⊕ Des formations pour les prescripteurs permettront d'**améliorer les pratiques et la pertinence des prescriptions**, tout en participant à la maîtrise collective d'un juste recours aux actes spécialisés, et des charges de travail pré-analytiques que les laboratoires devront assurer.

Les imperfections des systèmes d'information actuels, peu communicants, peuvent générer des redondances évitables d'examens pour certains patients. On relève aussi une perte d'informations entre le dépistage chez le nouveau-né et le développement des symptômes chez l'adulte.

- ⊕ Une évolution vers une convergence des **systèmes d'information des établissements**, dans le respect de la confidentialité, est indispensable à la qualité globale des organisations des parcours des patients en permettant la traçabilité des résultats antérieurs.

3. Permettre une lisibilité de l'offre d'examens réalisés sur la région

- ⊕ Renforcer la **lisibilité de l'offre régionale d'examens** : les laboratoires de ville et les établissements de santé sont parfois en difficulté pour identifier les laboratoires en capacité de réaliser les analyses pour lesquelles ils ont les prélèvements. Le renforcement de la lisibilité de l'offre régionale améliorera donc l'aiguillage des prélèvements réalisés. Cela permettra également de conforter la place des CHU dans la gradation de l'offre pour qu'ils soient identifiés comme référents pour les analyses de diagnostic mais également des examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.
- ⊕ Afin d'assurer un **égal accès à ces examens** pour la population bretonne, il est nécessaire de poursuivre la formalisation de conventions avec les établissements de santé et les laboratoires privés.
- ⊕ Les laboratoires devront également tendre à une uniformisation des **critères d'acceptation des demandes d'examens**.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Délai moyen, en jours, de rendu au prescripteur d'un résultat d'examen des caractéristiques génétique d'une personne de type "analyse chromosomique sur puce à ADN (ACPA)" à compter de la date du prélèvement

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan génomique 2025 ;
- ⊕ Plan national maladies rares ;
- ⊕ Plan national Handicaps rares.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Innovation, Démographie des professionnels de santé.

4.7 Conforter l'efficacité de l'activité de réanimation et de surveillance continue

Le contexte

La réglementation a défini les missions et les conditions techniques de fonctionnement des activités de réanimation, soumise à autorisation, et de surveillance continue, soumise à reconnaissance contractuelle.

L'article R 6123-33 du code de la santé publique précise que « *les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance* ». L'établissement autorisé pour l'activité de réanimation doit également disposer d'une unité de surveillance continue (USC).

La réglementation précise que : « *Les unités de surveillance continue prennent en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique. Elles constituent un niveau intermédiaire entre d'une part les unités de réanimation et les unités de soins classiques* ». Elle distingue deux modalités de fonctionnement de ces unités :

- « Dans le cas où un établissement de santé dispose d'une unité de surveillance continue et d'une unité de réanimation, il est souhaitable que ces deux types d'unités soient situées à proximité l'une de l'autre » ; ces unités sont dites « adossées » à la réanimation.
- « L'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs. » Ces unités sont dénommées USC « autonomes » et sont reconnues contractuellement sur la base d'un cahier des charges régional.

Les unités de réanimation et USC exercent également une mission « support » au sein de leurs établissements d'implantation, permettant sur le site, la prise en charge médicale ou chirurgicale de patients à risque ou pour des actes à risque.

Les finalités

Le maintien dans la région d'une capacité hospitalière efficace et réactive de réanimation et de surveillance continue exige donc de :

- ⊕ **Maintenir 24 h sur 24 et 365 jours par an, l'accessibilité aux soins de réanimation** : les admissions en réanimation peuvent être prévisibles, au décours d'un acte chirurgical, ou inopinées suite à une défaillance aiguë médicale ou accidentelle. La filière de prise en charge des patients « critiques », c'est-à-dire relevant d'une admission en réanimation ou en USC, impacte tous les acteurs à savoir les centres 15 de régulation, les services d'urgence, les USC « autonomes » et les



services de réanimation. Le fonctionnement en réseau, la coordination et la confiance entre les acteurs contribuent à l'efficacité des prises en charge.

- ⊖ **Maintenir la qualité des soins et la compétence du personnel paramédical** : il n'existe pas de diplôme qualifiant pour ce personnel mais il est nécessaire de maintenir les compétences, particulièrement en USC « autonome » où l'IDE, généralement seule dans une petite unité, doit savoir faire face à des situations pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Chantier 1 : Conforter les filières territoriales pour assurer la réactivité de la prise en charge des « patients critiques »

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'offre régionale se caractérise par une grande stabilité de la capacité en lits de réanimation adulte polyvalente depuis 2009, confrontée à l'augmentation et au vieillissement régulier de la population. Cette tendance majore le recours aux soins de réanimation malgré les progrès des techniques chirurgicales et impose une rotation des patients et une efficacité renforcées des unités de réanimation et USC adossée.

Par ailleurs, les textes recommandent une capacité en lits d'USC adossée à la réanimation de 50 % du nombre de lits de réanimation. Ce taux est atteint seulement pour 6 unités parmi 11 en Bretagne, malgré l'ouverture de 17 lits d'USC adossée, dont 12 auprès des réanimations médicale et chirurgicale du CHU de Rennes.

Une des priorités du réanimateur est de conserver un accueil possible, à tout moment, pour un patient relevant de réanimation. Pour cette raison, les sociétés savantes recommandent sur chaque unité de réanimation un taux d'occupation (TO) lissé sur l'année limité à 80 %, constamment dépassé en Bretagne. Certains besoins peuvent ponctuellement ne pas être couverts par manque de place en réanimation.

Pour faire face à la croissance des séjours en réanimation et USC adossée, certaines unités ont adopté un mode de fonctionnement d'USC intégrée à la réanimation, qui apporte une meilleure fluidité du parcours du patient et permet une gestion optimisée des ressources dans l'unité de réanimation - USC.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer au cas par cas les capacités de réponse existantes sur les sites identifiés

- ⊕ **Conforter l'offre capacitaire** en lits de réanimation/USC adossée sur les neuf sites déjà détenteurs de l'autorisation et l'adapter au cas par cas à l'évolution des besoins : il est recommandé de respecter sur chaque site le ratio de 50 % des lits d'USC adossée à la réanimation et de renforcer prioritairement cette offre sur les départements les plus déficitaires.
- ⊕ Maintenir sur chaque unité de réanimation, le suivi des refus d'admission par manque de place en réanimation pour **évaluer l'adéquation de la réponse aux besoins** et son évolution au cours du PRS.
- ⊕ **Évaluer les reconnaissances contractuelles en USC** autonomes au sein des filières territoriales urgences et soins critiques et des GHT, en cohérence avec les autorisations des sites d'urgences et des plateaux chirurgicaux du territoire et dans le souci du maintien de la sécurité des soins. Sur les établissements généraux de proximité, il est nécessaire de regrouper tous les lits USC dans une seule unité USC polyvalente d'au moins six lits, dotée d'une équipe paramédicale dédiée, conformément au cahier des charges régional.

2. Favoriser les organisations innovantes et coordonnées

La concertation médicale entre le réanimateur de garde et le demandeur (SAMU, services d'urgence, USC) est facilitée quand les équipes se connaissent et partagent des procédures de travail. Le taux d'intérim parfois très élevé observé dans certaines USC autonomes contrarie cependant ce travail en réseau.

- ⊕ Développer les **équipes médicales de territoire entre les unités de réanimation et les USC autonomes**, éviter l'isolement des professionnels au sein d'USC autonomes et ainsi sécuriser les prises en charge. Il existe une porosité entre les sites d'urgences, les USC autonomes et les unités de réanimation qui requiert une collaboration territoriale renforcée entre les équipes médicales.
- ⊕ Développer et évaluer l'apport de la **télé médecine** au service des avis d'experts sur les admissions en réanimation au sein des filières. Cet outil peut contribuer à l'analyse des admissions en réanimation, sous réserve que le réanimateur ait accès à l'imagerie, à la biologie et au dossier médical avec certification de l'identité du patient de l'établissement demandeur, public ou privé. La mise en œuvre de la convergence des SI entre les établissements publics d'un même GHT y contribuera. La télé médecine, déjà en place sur certains sites d'urgences pour le télé AVC, permettra également de développer les liens entre les urgentistes et les réanimateurs.
- ⊕ Développer des outils et système d'information permettant :
 - d'une part, de **connaître en temps réel les disponibilités** régionales par site en lits de réanimation et USC,
 - d'autre part, le **recensement des demandes** d'admission et le suivi des refus par manque de place.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux d'occupation des lits de réanimation adulte

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Urgences et permanence des soins.

Chantier 2 : Garantir la qualité des soins et les compétences du personnel paramédical

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La circulaire DHOS/SDO n°2003-413 du 27 août 2003 a défini les ratios de personnel paramédical auprès des patients, leur nécessaire renforcement ponctuel en cas d'affluence et la prise en compte de leur temps de formation pour le calcul des effectifs. Les sociétés savantes recommandent « *une durée d'adaptation à l'emploi de 8 semaines pour un infirmier sans expérience de réanimation.* ». Dans cet esprit, les professionnels bretons ont établi un cahier des charges régional de la formation.

Cinq sites ont adopté un mode de fonctionnement avec USC intégrée et une équipe paramédicale unique pour tous les patients de réanimation et d'USC. Cette organisation est d'autant plus pertinente que l'USC est de petite capacité. Dans les USC adultes autonomes, on observe une grande variabilité des ressources paramédicales, souvent en lien avec la sévérité des prises en charge.

L'augmentation constatée de la charge en soins paramédicaux dans les unités de soins conduit à l'augmentation des demandes d'admission en USC. Les critères médicaux d'admission en USC doivent cependant respecter le cahier des charges régional. L'enjeu est donc de maintenir le meilleur équilibre entre le maintien en services conventionnels et le transfert en USC des patients les plus critiques.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Mettre en œuvre une politique de ressources humaines spécifique à ces unités (recrutement, mobilité, formation)

- ⊕ Ceci doit permettre de définir un **pool de personnel paramédical** qualifié et identifié pour assurer les soins dans ces unités et de développer des actions territoriales de formation spécifiques en s'appuyant sur le cahier des charges régional. Des formations destinées aux paramédicaux, à la prise initiale de poste et au maintien des compétences en réanimation et USC adulte autonome sont progressivement mises en œuvre dans le cadre des filières territoriales.
- ⊕ Ces échanges contribuent également à la vie du réseau territorial et sont particulièrement indiqués pour **le maintien des compétences** des IDE des petites USC autonomes, généralement seules dans leurs unités.

2. Mettre en place une organisation permettant aux unités d'absorber les variations quotidiennes des admissions

- ⊕ La rotation renforcée de ces unités et le fonctionnement en USC intégrée à la réanimation fluidifient les admissions et facilitent la réactivité attendue de ces services. Ils nécessitent une attention particulière sur le bon niveau d'encadrement paramédical des patients en fonction de leur nombre.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de jour par personne de formation spécifique consommée (hors temps de doublage sur site), sur l'année, par professionnel paramédical en réanimation

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- Urgences et permanence des soins.



4.8 Améliorer la réponse aux besoins en soins de suite et de réadaptation

Le contexte

Les soins de suite et de réadaptation sont situés au carrefour entre l'offre de soins de médecine ou de chirurgie et le retour à domicile ou l'entrée en institution. Ils participent de ce fait de manière stratégique à l'animation des filières de prise en charge. Au quotidien, ce positionnement se traduit par l'adressage de patients de plus en plus précocement, parallèlement à la diminution des durées de séjour en MCO.

Depuis 2008 et la définition d'un nouveau cadre juridique pour cette activité, le secteur connaît un développement fort. Les missions sont sanitaires avec une approche globale du patient, dans l'objectif de favoriser le retour vers son lieu de vie habituel, en travaillant le cas échéant les aménagements nécessaires.

Le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques et les événements de santé invalidants appellent, en complément du soin de rééducation-réadaptation, un accompagnement ciblé en matière de réinsertion sociale et professionnelle et de prévention secondaire. Chacune des spécialités de SSR offre ainsi une palette de compétences graduées qui participent à la construction et à l'appropriation par le patient de son projet individualisé de soins et de vie.

La promotion d'une « culture SSR », partagée par l'ensemble des professionnels de santé et le développement d'une offre multimodale plus accessible contribueront à améliorer la réponse régionale. Un autre enjeu est aussi de mettre en œuvre un modèle d'organisation efficient et performant afin de maintenir la qualité des soins, l'accessibilité, et éviter la perte de chance.

En 2016, les services SSR des 79 établissements bretons ont accueillis près de 58 000 patients. Les alternatives à l'hospitalisation complète représentent 13,4 % de l'activité globale SSR. La palette d'activité des SSR est très large ; depuis les SSR polyvalents qui représentent 36 % des journées d'activité, jusqu'aux missions spécialisées d'intérêt régional qui verront leur champ précisé par la réflexion nationale en cours. Le bilan du PRS 2012-2016 appelle à travailler les organisations : poursuite du virage ambulatoire, promotion d'équipes de territoire, structuration des interfaces avec les autres secteurs de soin et de l'accompagnement, renforcement des liens avec les acteurs des filières, diversification des modes de réponses.

Les finalités

L'objectif est de tendre vers une organisation territoriale efficiente et graduée, inscrite lisiblement dans les filières de soins, et en lien avec l'ensemble des acteurs du parcours : établissements sanitaires et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, acteurs de la prévention et de la réinsertion. Une mission du SSR est aussi l'élaboration d'une stratégie d'anticipation individualisée, de prévention primaire et secondaire, d'éducation thérapeutique et de coaching sur le long terme, d'accompagnement des aidants, notamment pour les personnes en situation de handicap ou de maladie chronique.



L'enjeu est celui d'un positionnement approprié, sur un champ très vaste allant de la prévention secondaire et l'accompagnement à la perte d'autonomie, à la rééducation technique et innovante pour des patients à haut potentiel rééducatif, avec un axe marqué vers la réinsertion sociale et professionnelle.

Dans le cadre du développement de la réponse ambulatoire, et aussi parce que l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales le permet, une attention toute particulière est portée aux organisations des hôpitaux de jour et du suivi. Cet accueil de jour est particulièrement exigeant, avec des programmes de rééducation denses ; en miroir, le profil des patients restant en hospitalisation conventionnelle est plus lourd et plus dépendant.

Ces évolutions seront accompagnées par un dispositif de formation adapté.

Trois chantiers sont identifiés :

- Définir une offre de soins cohérente intégrée au parcours patient sur chaque territoire ;
- Positionner le SSR dans la prévention de la perte d'autonomie dans le contexte du vieillissement, du handicap et des maladies chroniques ;
- Renforcer l'efficacité et la performance des unités SSR.

Chantier 1 : Définir une offre de soins cohérente intégrée au parcours patient sur chaque territoire

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les personnes sujettes à une perte d'autonomie doivent bénéficier d'un accompagnement en amont, pour réduire les conséquences fonctionnelles, travailler une stratégie de compensation et éviter les facteurs aggravants. La prise en compte objective du patient dans son ensemble, et l'intervention en amont de l'installation de troubles secondaires à la pathologie initiale est un gage d'efficacité et de maintien de la qualité de vie mais aussi d'appropriation par le patient de son parcours de santé.

Par son positionnement au carrefour des secteurs hospitalier, médecine de ville, médico-social, le SSR est partie prenante de l'offre par filière et doit à ce titre, être associé à leur construction à l'échelle du territoire. La loi de modernisation de notre système de santé s'est fixée comme objectif une meilleure articulation des acteurs avec des parcours patients coordonnés et décloisonnés. La prise en compte des soins de suite et de réadaptation dans les projets de territoire favorisera la pertinence des parcours par spécialité et les complémentarités entre partenaires.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer une prise en charge graduée en SSR et formaliser les liens avec les activités MCO

- ⊕ **Co-construire un référentiel régional d'organisation** par spécialité pour répondre aux problématiques d'orientation des patients et de coordination de leurs parcours et **cartographier l'offre de spécialité** par niveau d'expertise au service de la filière médico-chirurgicale correspondante.
- ⊕ Développer les **interfaces** avec le secteur MCO, en contribuant à l'organisation des filières médico-chirurgicales, pour chaque spécialité de SSR et en positionnant le SSR dans la stratégie thérapeutique proposée. Cet objectif implique de pouvoir solliciter les professionnels SSR dès le court-séjour, en amont d'une orientation.
- ⊕ **Affiner la gradation des soins** sur chacune des spécialités, notamment en neuro, locomoteur, nutritionnel, cardiovasculaire et respiratoire pour l'adulte et pour l'enfant, à travers la définition et la promotion d'un référentiel d'orientation par spécialité pour les principales pathologies prises en charge.
- ⊕ Favoriser l'adaptabilité et la réactivité des organisations en **développant les alternatives** en hôpital de jour, en hôpital de semaine et le suivi en consultations externes.
- ⊕ Porter une réflexion transversale incluant la réponse offerte par les SSR pour améliorer la prise en charge des troubles spécifiques du langage et des apprentissages chez les enfants.

2. Articuler la prise en charge en SSR avec les projets médicaux partagés des GHT et les projets des autres acteurs de santé

- ⊕ Favoriser **l'insertion des établissements SSR** dans les projets partagés de territoire en qualité de membres ou partenaires des GHT ;



- ⊕ Structurer les filières de **SSR pédiatriques** par l'intermédiaire d'un projet médical commun aux établissements et porté par une équipe de territoire ;
- ⊕ Inscrire la thématique SSR dans les programmes de **formation professionnelle continue** afin de promouvoir une culture commune et un partage des pratiques;
- ⊕ **Préserver les circuits** informels existants lorsqu'ils concernent des adresseurs hors GHT.

3. Développer les liens entre le SSR et les autres modes de soins et d'accompagnement

- ⊕ Le SSR peut apporter un **avis d'expert aux acteurs du soin et de l'accompagnement à domicile, et aux structures médico-sociales** PA-PH. Il s'agit de contribuer à une évaluation actualisée du potentiel rééducatif et de participer à l'élaboration d'un programme de rééducation-réadaptation. Dans ce sens, la télémédecine ou le recours à des équipes pluridisciplinaires SSR mobiles, dont les missions seront précisées dans le cadre de la réflexion nationale en cours, peuvent être des facteurs facilitants.

4. Promouvoir et externaliser l'expertise SSR pour renforcer sa place dans les parcours de soins

- ⊕ En développant les **partenariats avec l'HAD** pour permettre des prises en soins SSR à domicile (mise à disposition de compétences de rééducateurs, conventions de partenariat,...). Il existe un enjeu de qualifications des personnels et d'identification de l'HAD pour organiser les sorties ;
- ⊕ En élargissant et en précisant les modalités d'intervention des **équipes mobiles SSR**, en complémentarité avec d'autres équipes mobiles ;
- ⊕ En développant les **interventions en dehors des services SSR par des professionnels rééducateurs** : champ MCO, champ SSR polyvalent, champ médico-social, au plus tôt de l'accident ou de la décompensation.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des adressages directs en SSR en hospitalisation complète

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan maladies neuro-dégénératives ;
- ⊕ Plans AVC, Alzheimer, cancer, obésité...
- ⊕ Programme régional de télémédecine et des systèmes d'information partagés.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Chirurgie, Chirurgie ambulatoire, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Addictions, Santé mentale, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires.

Chantier 2 : Positionner le SSR dans la prévention de la perte d'autonomie

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Pour les personnes sujettes à une perte d'autonomie, la prise en compte du patient dans son ensemble et l'élaboration d'une stratégie à long terme permettent d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie. Le rôle du SSR dans le parcours est de prévenir les limitations fonctionnelles et de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle. A cette fin, les trois missions spécifiques du SSR sont mobilisées :

- ⊕ **Rééducation** pour aider le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques.
- ⊕ **Réadaptation** pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles.
- ⊕ **Réinsertion** pour aller au-delà des soins médicaux et offrir une réelle autonomie au patient dans sa vie familiale et professionnelle, afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie antérieures.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer les projets rééducatifs dédiés au maintien et/ou la récupération de l'autonomie fonctionnelle et cognitive

- ⊕ Le projet de rééducation, de réadaptation, voire de réinsertion doit être **prospectif et coordonné** avec une juste articulation des professionnels quel que soit leur champ d'intervention dans le cadre de l'organisation du parcours de santé du patient.
- ⊕ Ce renforcement passe par un accompagnement et un programme à **forte composante gériatrique**, notamment en SSR polyvalent, et dans une logique de complémentarité avec le SSR spécialisé « personnes âgées polypathologiques à risque de dépendance ».

2. Développer des programmes d'éducation thérapeutique

- ⊕ Ces programmes devront comporter une dimension propre aux **aidants** et à leurs difficultés et en promouvant l'appropriation et le libre choix des patients, notamment en SSR spécialisés cardio-vasculaires, respiratoires, nutritionnels et neurologiques.

3. Elaborer des réponses spécifiques pour certaines populations

- ⊕ **Handicaps sensoriels** : développer des programmes de SSR polyvalents ou spécialisés adaptés aux patients porteurs d'un handicap sensoriel unique ou multiple (surdi-cécité) et offrant le cas échéant une dimension de réadaptation supplétive ;
- ⊕ **Réinsertion professionnelle** et maintien dans l'emploi notamment pour les affections suivantes : obésité, cardiopathies, AVC, TMS ;
- ⊕ Lien avec les différents acteurs de la **filière "addictologie"** du territoire, pour un soutien technique à la réinsertion sociale et professionnelle et un accompagnement motivationnel ;

- ⊕ **Patients en post-AVC et cérébro-lésés** : développer une offre régionale de suivi, notamment pour le repérage et l'accompagnement rééducatif des patients ayant récupéré sur le plan physique, mais dont les fonctions supérieures peuvent être altérées.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des patients pris en charge en SSR ayant bénéficié d'au moins un acte d'éducation thérapeutique

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan maladies neuro-dégénératives ;
- ⊕ Plan AVC.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Organisation des soins de proximité, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Addictions, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires.

Chantier 3 : Renforcer l'efficacité et la performance des unités SSR

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Pour faire face aux nouveaux enjeux du SSR, et les missions propres à cette activité, les projets médicaux devront à la fois prendre en compte l'évolution des besoins, le contexte budgétaire et la recherche de la qualité de l'offre. Dans cette optique de recherche d'efficacité, la réforme du financement en cours de modélisation sera un levier majeur pour mettre en adéquation les missions des différentes structures, leurs projets médicaux et les moyens accordés.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

En lien avec les professionnels, un travail sur les modes d'organisation doit être conduit en vue de :

1. Optimiser les plateaux techniques

- ⊕ **Mutualiser des compétences et des équipements entre spécialités de SSR** (SSR locomoteurs et neurologiques ; SSR cardiologiques et respiratoires ou nutritionnels et addictologie). Pour certaines spécialités (cardiologie ou pneumologie) la réflexion sur un rapprochement fonctionnel avec le court-séjour sera conduite (partage des compétences, des équipements, et pertinence des parcours) ;
- ⊕ **Mettre à disposition des plateaux techniques pour les professionnels de santé libéraux** de la rééducation sur des plages horaires adaptées aux besoins ;
- ⊕ **Accueillir des groupes de patients en soirée** pour éviter les ruptures professionnelles.

2. Généraliser l'informatisation des admissions en SSR

- ⊕ Favoriser l'usage d'un **logiciel d'orientation connecté au Répertoire opérationnel des ressources** conformément aux dispositions du programme innovation en santé.

3. Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Ces alternatives se traduisent par de l'hospitalisation de jour, de semaine ou de l'HAD.

- ⊕ **Faciliter les alternatives** notamment par les dispositifs suivants : expérimentations nationales sur les hôtels hospitaliers, PRADO, hébergement temporaire en EHPAD.

4. Rechercher les tailles critiques et une organisation territoriale par filière de soins

- ⊕ Rechercher les tailles critiques les plus efficaces sur les SSR de spécialités les plus complémentaires, avec une visée de gradation territoriale
- ⊕ Rédiger des **référentiels** sur les spécialités restantes, sur le SSR polyvalent, et actualiser l'existant (PAPD, nutritionnel, addictologie, respiratoire) ;



- ⊕ Partager des **indicateurs** et des **ratios** associant des données de coûts, d'activité, de recettes, d'effectifs et de capacité (fiches de retraitement comptable, bilan PMSI, ScanSanté) ;
- ⊕ Accompagner les établissements dans leurs programmes de **formation** (codage et compétences de gestion), dans le déploiement des **systèmes d'information** adaptés aux nouveaux enjeux du SSR, et dans la production de données de qualité ;
- ⊕ Promouvoir des **équipes médicales et paramédicales de territoire** pour servir un projet partagé au service de la filière ;
- ⊕ Créer une **interface unique avec le secteur médico-social** : médicalisation, fluidité des parcours, offre temporaire ;
- ⊕ Favoriser, dans les **SSR d'addictologie**, en fonction des opportunités locales et de la stratégie régionale, **un positionnement sur une spécificité** : accueil différencié pour les femmes, accent sur l'insertion professionnelle, accueil de nuit et maintien dans l'emploi, etc.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Ratio entre ressources et charges propres à l'activité de SSR

5 Assurer l'accès aux soins palliatifs

Le contexte

« Les soins palliatifs ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible du patient jusqu'à la fin de ses jours et visent à soulager ses douleurs physiques et sa souffrance psychologique. Tout au long de la maladie, ces soins impliquent de satisfaire les besoins physiques, intellectuels, émotionnels, de faciliter l'autonomie du patient, son accès à l'information et l'expression de ses choix » (Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018).

Si la Bretagne apparaît assez bien dotée en structures spécialisées en soins palliatifs au regard des autres régions françaises, des adaptations restent encore nécessaires. C'est en ce sens qu'un Plan régional concerté d'actions en soins palliatifs 2015-2018 fut adopté en février 2015. Les 26 actions qui y sont recensées trouvent un large écho dans les 40 actions du Plan national pour le développement des soins palliatifs 2015-2018.

La Bretagne connaît un vieillissement plus rapide que le reste de la France, de même qu'une surmortalité concernant certains cancers et les maladies cardio-vasculaires. C'est pourquoi, dans ce contexte d'évolution démographique, la demande et l'activité en soins palliatifs connaissent une constante augmentation, que devra accompagner le nouveau PRS.

Les finalités

Le présent PRS devra ainsi poursuivre **l'appropriation de la démarche palliative partout où elle est nécessaire**, que ce soit dans les unités hospitalières non spécialisées, dans les établissements médico-sociaux ou au domicile des patients, afin de garantir une prise en soins précoce et de proximité. Formations et informations en soins palliatifs devront à cet effet être dispensées au grand public, aux proches, aux aidants, aux bénévoles, mais également aux professionnels de santé.

De plus, l'organisation régionale devra **conforter une offre en soins palliatifs territoriale** concertée et respectueuse des textes (circulaire de mars 2008, principalement), mais aussi des recommandations régionales en matière d'équipement en lits dédiés, de nombre d'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), etc.

Chantier 1 : Mieux repérer et évaluer les besoins des personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive et incurable

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Dans un contexte de vieillissement de la population, de développement de nouvelles thérapies prolongeant la survie des patients et d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'enjeu sera d'adapter l'offre à la réalité des besoins en soins palliatifs de la population.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Améliorer le repérage précoce des patients nécessitant une prise en soins palliatifs

De nombreuses études montrent l'enjeu d'une prise en soins précoce en soins palliatifs avec une amélioration de la qualité de vie, voire de l'espérance de vie.

Aussi, il conviendra de :

- ⊕ Poursuivre les actions de **formation** et d'information aux soins palliatifs à destination des professionnels des établissements sanitaires et des établissements sociaux et médico-sociaux, des professionnels de ville, mais également des professionnels de l'accompagnement à domicile,
- ⊕ Mettre à disposition des outils simples d'**évaluation du besoin requis en soins palliatifs** pour les professionnels de soins primaires comme ceux des plateformes territoriales (PTA) et des établissements, au sens des recommandations HAS de 2016,
- ⊕ Une étude sur la faisabilité d'un réseau régional de type « **sentinelle** » pourra être proposée.

2. S'adapter aux besoins liés à l'évolution générale de la population

Si la prise en charge d'un patient en soins palliatifs ne peut se concevoir que dans sa globalité, elle ne saurait donc se résumer qu'à la phase terminale de la maladie ; ainsi des pathologies chroniques, par exemple. Or, les inégalités territoriales constatées en Bretagne (gradient Est-Ouest pour les cancers, démographie médicale, structures d'accueil parfois inadaptées, etc.) et l'isolement de certaines populations (ruralité, précarité et autres déterminants en santé) obèrent significativement l'accès aux soins palliatifs, ce qui pourrait rendre inéquitable leur prise en charge.

- ⊕ Il sera donc essentiel de continuer à faire **évoluer l'offre** de sorte qu'elle puisse répondre à l'évolution attendue de la population dans les années à venir.
- ⊕ Il faudra également améliorer le **repérage précoce dans les services d'urgences**, lieu de passage de nombre de patients requérant des soins palliatifs ; et encourager la réflexion régionale, notamment au sein des comités locaux d'éthique.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de patients pris en charge par une HAD en soins palliatifs, parmi les patients hospitalisés en HAD ou en MCO

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 ;
- ⊕ Plan cancer 3 ;
- ⊕ Plan d'actions régional en soins palliatifs 2015-2018.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, HAD, Parcours, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires, Innovation.

Chantier 2 : Clarifier l'offre de soins palliative et améliorer les parcours des patients en soins palliatifs

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Malgré des critères réglementaires d'attribution rigoureux et exigeants, la cohérence territoriale d'implantations actuelles des lits dédiés aux soins palliatifs - lits identifiés soins palliatifs (LISP) et unités de soins palliatifs (USP) - ainsi que les EMSP est encore perfectible. Cette situation peut défavoriser un parcours de soins adapté pour un patient en soins palliatifs ; pouvant créer une iniquité de prise en charge. Afin d'éviter les redondances et les zones blanches, et d'optimiser l'organisation de la filière palliative pour apporter une réponse plus adaptée aux patients, il conviendra de clarifier l'offre et d'affiner les parcours.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous

- ⊕ Assurer prioritairement un **premier niveau de prise en soins palliative** par tout professionnel de santé, en établissements ou à domicile (et non uniquement par les professionnels de structures spécialisées), en tout point du territoire.
- ⊕ **Soutenir les aidants** (bénévoles, associations d'aide aux malades), notamment par la formation, et reconnaître leur place en partenariat avec les équipes de professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

2. Graduer les soins en fonction de la situation du patient

Le niveau d'expertise et d'intensification de la prise en soins palliative tient aux EMSP, à l'Equipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques, aux LISP et aux USP. Cette expertise est également présente dans les équipes d'HAD, en application du plan national. La coordination de situations palliatives, quant à elle, relève des réseaux dédiés, des PTA dans le cadre de situations complexes, des MAIA (gestion de cas), voire du programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Ce parcours gradué et territorial devra dès lors s'articuler avec les projets médicaux partagés des GHT et les filières gériatriques.

Il conviendra donc de :

- ⊕ S'assurer de la bonne adéquation aux besoins de l'**offre spécialisée sur les territoires**, (lits de soins palliatifs, équipes mobiles, unités de soins) au regard des recommandations nationales et régionales ;
- ⊕ Développer les **réunions territoriales de soins palliatifs** : le modèle pourra être adapté sur celui des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie,
- ⊕ Former à la coordination et à l'accompagnement palliatif les équipes des **PTA**, si besoin,
- ⊕ Développer les innovations et les **expérimentations** : IDE de nuit en EHPAD, correspondant soins palliatifs en EHPAD, hospitalisations de courte durée en soins palliatifs, etc.
- ⊕ Développer l'usage de la **fiche d'admission** LISP/USP, créée avec l'aide de la CARESP.

- ⊕ Une **charte** de fonctionnement territorial pourra être rédigée par l'ensemble des partenaires.

3. Anticiper les aggravations ou les situations d'urgence

Les situations d'urgence, lorsqu'elles ne sont pas anticipées peuvent conduire à des hospitalisations injustifiées, voire délétères pour le patient.

- ⊕ Une attention particulière est à porter concernant certaines **situations critiques**, comme celles des personnes isolées au domicile, les risques de ruptures (enfants, personnes de moins de 60 ans, etc.) ou les incohérences de parcours.
- ⊕ Enfin, **l'environnement législatif** sur la fin de vie doit être rappelé : il est encore aujourd'hui méconnu et même trop peu mis en œuvre par les professionnels de santé (directives anticipées, droit à la sédation, procédures collégiales, etc.) ; il peut être à l'origine des mêmes écueils de rupture de parcours.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de fiches SAMU-Pallia rédigées

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 ;
- ⊕ Plan cancer 3 ;
- ⊕ Plan d'actions régional en soins palliatifs 2015-2018 ;
- ⊕ Plan national maladies neuro-dégénératives.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, HAD, Parcours, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires, Innovation.

Chantier 3 : Développer l'acculturation, la formation et l'information sur les soins palliatifs

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Un des objectifs majeurs du plan national en soins palliatifs, également objet de plusieurs actions dans le plan régional, est de développer et d'intensifier la formation et l'information sur les soins palliatifs, tant pour les professionnels de santé que pour les proches, les aidants et le grand public.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer l'information au grand public

- ⊕ Expliciter la **conception élargie des soins palliatifs**, qui ne se résument pas à la fin de vie,
- ⊕ Informer sur **l'état du droit** sur la fin de vie et ses évolutions,
- ⊕ Solliciter l'ensemble des associations d'usagers, notamment via « France assos santé », dont les associations de bénévoles dans l'accompagnement palliatif, afin de **développer le bénévolat** d'accompagnement, mais également de faire émerger le bénévolat de service (aidant expert au même titre que le patient expert, notamment).

2. Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé

- ⊕ Accompagner la création de la **filière universitaire** palliative,
- ⊕ Proposer un **stage obligatoire** de plusieurs jours dans une structure de soins palliatifs pour tous les étudiants en santé,
- ⊕ Veiller à ce que les thèmes de formation puissent englober *a minima* des **notions juridiques et éthiques, en particulier concernant les directives anticipées**,
- ⊕ Promouvoir la **recherche** en soins palliatifs pour améliorer les pratiques en médecine de 1^{er} recours,
- ⊕ Conforter la **formation continue** des professionnels de santé.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'heures de formation en soins palliatifs des OG DPC par an

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 ;
- ⊕ Plan cancer 3 ;

- ➔ Plan d'actions régional en soins palliatifs 2015-2018.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ➔ Démographie des professionnels de santé, Usager acteur en santé, Partenariats.

FACILITER LES PARCOURS DE SOINS, DE SANTE ET DE VIE PAR UNE ORGANISATION PLUS COORDONNEE



6 Mieux organiser le parcours des personnes

Le contexte

La transition épidémiologique marquée par une diminution des maladies infectieuses, une augmentation des maladies chroniques, des états de vulnérabilité liés à l'âge, aux handicaps, aux difficultés sociales et à certaines pathologies, nécessite une adaptation du système de santé afin qu'il soit davantage en mesure de :

- Détecter les signes d'alerte pour anticiper les évolutions de l'état de santé,
- Construire des réponses en prenant en compte la diversité des besoins de la personne et de son entourage,
- Organiser la continuité des soins et des accompagnements sociaux et médico-sociaux sur la durée,
- Accompagner l'évolution de l'offre pour privilégier des réponses qui facilitent l'insertion sociale, scolaire, professionnelle et citoyenne des personnes.

C'est le passage d'une logique d'actions juxtaposées à une approche globale et graduée des soins, coordonnée avec les accompagnements médico-sociaux et sociaux, tant en ville qu'en établissement, qui est recherché. Le but poursuivi est de permettre à chacun de recevoir les meilleurs soins au bon moment, par les bons professionnels, dans les structures adaptées et à un juste coût.

Depuis quelques années, la notion de parcours de soins, de santé et, de vie s'est imposée comme support de ces transformations. Cette notion illustre le cheminement individuel de chaque personne dans le système de santé, en prenant en compte les différentes dimensions de sa vie (personnelle, relationnelle, professionnelle, sociale, familiale et citoyenne) et les différents obstacles rencontrés sur sa route.

Cette transformation des pratiques professionnelles et cette mutation des organisations concernent tous les secteurs du système de santé et nécessitent de « décloisonner », d'optimiser, de coordonner les compétences et les pratiques professionnelles. Elle repose aussi sur le déploiement des services numériques d'appui à la coordination et sur le partage d'outils et d'identifiants uniques pour les patients.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose le cadre pour une nouvelle organisation des soins et une véritable approche parcours pour les personnes et les patients. Elle préconise de faciliter au quotidien l'accès à la santé par la promotion des soins primaires et la structuration des parcours de santé.

Les finalités

Pour faciliter le parcours des personnes, de nombreux dispositifs et démarches ont émergé au niveau national : les plateformes territoriales d'appui, dispositif d'appui polyvalent, les MAIA et les PAERPA dans le champ des personnes âgées, la « Réponse accompagnée pour tous » dans le domaine du handicap, la

démarche de projet territorial de santé mentale, le développement des exercices coordonnés pluri professionnels (équipes de soins primaires, des maisons de santé pluri professionnelles, des communautés professionnelles territoriales de santé...)

Ces démarches et dispositifs font appel aux notions de coordination et d'intégration. Ces deux notions sont complémentaires mais représentent deux niveaux d'ambition différents :

- **La coordination** a pour finalité d'organiser, sur un territoire en proximité, la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements par les professionnels grâce à des procédures communes et des partages d'information ;
- **L'intégration** est un travail institutionnel partenarial devant faire évoluer sur un territoire les organisations afin que celles-ci répondent mieux aux besoins des personnes dans leur globalité.

La finalité première est de **poursuivre et d'étendre ces démarches au bénéfice des populations prioritaires**. C'est ainsi que cet objectif se retrouve développé au sein de chaque thème « populationnel » du présent schéma : personnes précaires (thème n°7), enfants et adolescents (n°8), personnes âgées (n°9), personnes en situation de handicap (n°10), présentant des conduites addictives (n°11), en souffrance psychique (n°12), et personnes atteintes de maladies chroniques (n°13).

Il importe cependant aujourd'hui de compléter cette action par la recherche d'une plus grande **cohérence, voire la convergence entre les différents dispositifs d'appui au parcours** :

- Pour améliorer la lisibilité du fonctionnement des différents dispositifs sur les territoires et clarifier le rôle de chacun ;
- Pour permettre de continuer à décroïsonner l'offre et permettre une approche transversale des populations ;
- Pour mieux accompagner la transformation des pratiques professionnelles liée à la mutation des organisations.

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques,
- ⊕ Plan cancer 2014 – 2019,
- ⊕ Plan pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie,
- ⊕ Plan maladies neurodégénératives,
- ⊕ Plan autisme,
- ⊕ Démarche « Une réponse accompagnée pour tous,
- ⊕ Parcours éducatif de santé du jeune.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Organisation des soins de proximité, Soins palliatifs, Précarité, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Addictions, Santé mentale, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires, Démographie des professionnels de santé, Usager acteur en santé, Partenariats.

Chantier 1 : Promouvoir une vision partagée des missions d'intégration et de coordination

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'objectif est de mieux articuler les réponses des acteurs sanitaires et sociaux aux besoins des usagers. A cet effet, la coordination et l'intégration des acteurs sont deux notions complémentaires pour ajuster l'organisation de l'offre dans ses différentes dimensions.

La « coordination » a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des accompagnements individuels. « L'intégration » requiert un partenariat fort entre acteurs pour repérer et corriger les dysfonctionnements grâce à des évolutions organisationnelles et professionnelles. Cette démarche d'intégration se décline par exemple dans les domaines du handicap (Réponse accompagnée pour tous), du grand âge (Méthode d'action pour l'intégration et l'accompagnement des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) ou de la santé mentale (Projet territorial de santé mentale).

Une vision partagée des missions des différents dispositifs de coordination et d'intégration doit s'accompagner d'une recherche de plus grande cohérence et de lisibilité d'ensemble. Pour cela, il convient de favoriser l'appropriation par tous des différentes démarches et de clarifier le rôle de chacun.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Clarifier le rôle des différents acteurs

Les coordinations existantes entre acteurs peuvent prendre différentes formes, à savoir :

- Des coordinations entre acteurs du soin et/ou de l'accompagnement autour de situations individuelles complexes ;
- Des coordinations dans le cadre de filières de soins ou de divers dispositifs visant à mieux articuler l'offre ;
- Des fonctions d'appui à la coordination en soutien des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux. Ainsi sont mises en place des plateformes territoriales d'appui (PTA) pour prendre en charge des patients relevant de parcours complexes, sans distinction d'âge et de pathologie.

Les acteurs de la coordination doivent d'autre part s'inscrire dans les démarches d'intégration. Par exemple, une plateforme territoriale d'appui participe aux tables stratégiques MAIA et aux travaux du PTSM.

Les travaux régionaux viseront à identifier **un socle commun de missions/fonctions parcours** devant permettre à chaque professionnel de mieux appréhender son rôle dans l'organisation territoriale :

- Repérage des fragilités, des vulnérabilités, des pathologies ;
- Evaluation multidimensionnelle des besoins de la personne ;
- Orientation ;

- Définition du processus de prise en charge (chemin clinique) et d'accompagnement (plan personnalisé de santé, plan de soins individualisés...) négocié avec la personne et son entourage ;
- Accompagnement individualisés des parcours les plus complexes ;
- Coordination des interventions et des rôles des professionnels au sein d'un territoire de proximité ;
- Identification, prévention et action sur les points de rupture ;
- Partage d'informations utiles entre les acteurs (alimentation d'un système d'information partagé, échanges d'information entre professionnels sur les situations individuelles...).

2. Favoriser l'appropriation de la notion d'intégration

L'intégration s'organise autour d'une gouvernance commune, au sein d'un territoire, afin de remplir les missions suivantes :

- L'élaboration d'un **diagnostic territorial partagé identifiant les dysfonctionnements à l'origine des ruptures de parcours** ;
- L'animation d'une **concertation des acteurs** à un double niveau institutionnel et territorial afin **d'ajuster l'organisation de l'offre, les pratiques professionnelles et les politiques publiques** pour améliorer le service rendu à la population.
- ⇨ L'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route ou d'un **projet territorial d'intégration** commun à l'ensemble des acteurs d'un territoire considéré.

Les travaux visent à :

- Favoriser l'appropriation par tous (institutions, opérateurs) de ces démarches et à renforcer l'efficacité dans leur mise en œuvre (ex : démarche d'accompagnement des MAIA)
- Structurer et améliorer le pilotage des différentes démarches en installant des gouvernances stratégiques au niveau départemental et en formalisant les relations institutionnelles au moyen de contrats (accord-cadre MAIA, contrats partenariaux dans le champ du handicap, contrat territorial de santé mentale pour la mise en œuvre des PTSM...)

Chantier 2 : Développer et mettre en cohérence les dispositifs et démarches de coordination/intégration

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La diversité actuelle des dispositifs de coordination peut nuire à la qualité du service rendu auprès des usagers. De même, le développement de démarches intégratives structurées pour des populations distinctes (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, santé mentale...) peut induire de nouveaux cloisonnements contrariant l'approche de certaines situations particulièrement complexes (handicap psychique, vieillissement des personnes en situation de handicap, problématiques d'addiction ou de santé mentale de certains publics précaires...).

Dans ce contexte, il appartient aux partenaires et aux acteurs présents sur les territoires de favoriser la convergence des démarches d'intégration et d'inciter au rapprochement des dispositifs portant des missions de coordination/intégration.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser les coordinations entre acteurs

L'amélioration des parcours de santé nécessite la mise en cohérence des interventions des différents professionnels autour de la personne. Il est nécessaire d'encourager et soutenir les coordinations entre professionnels intervenant auprès de la personne en veillant à :

- Promouvoir la coordination entre acteurs du soin primaire notamment (dans le cadre des équipes de soins primaires et des MSP notamment)
- Organiser le recours aux fonctions d'appui à la coordination (gestion de cas MAIA, managers de cas, plateformes territoriales d'appui, centres locaux d'information et de coordination, Pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap...)

Ces coordinations ont vocation à s'inscrire dans une démarche plus large **d'évolution de notre système de santé**, destinée à promouvoir une organisation territoriale de santé, **centrée sur l'intégration**.

2. Rapprocher les dispositifs portant les missions de coordination-intégration (MAIA, PTA, PAERPA, réseaux...)

Si les dispositifs de coordination et intégration répondent la plupart du temps à des missions complémentaires, leur multiplicité les rend parfois difficilement lisibles par les professionnels et les usagers.

Dans ce contexte, il conviendra de :

- ⊕ Rapprocher les dispositifs portant les missions de coordination-intégration (MAIA, PTA, PAERPA, réseaux...)
- ⊕ Outiller l'ensemble au moyen de systèmes d'information, interopérables ou communs (ROR, SI orientation des PH, SI parcours).

3. Expérimenter la convergence des démarches d'intégration

Le pilotage de différentes démarches populationnelles peut produire un cloisonnement (entre précarité et santé mentale, entre addictions, et santé mentale, entre handicap et grand âge...). Il est donc nécessaire de :

- ⊕ Rechercher la convergence des gouvernances stratégiques,
- ⊕ Réfléchir à un niveau de territoire de proximité qui puisse être commun aux différentes démarches parcours
- ⊕ Favoriser le rapprochement de certains outils supports (démarches de diagnostic territorial, feuilles de route...)
- ⊕ Expérimenter des démarches d'intégration polyvalentes entre différents publics et évaluer leur mise en œuvre.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Pourcentage de dispositifs (CLIC, MAIA, PTA, PAERPA) ayant un porteur commun

Chantier 3 : Adapter les pratiques professionnelles et accompagner les acteurs au changement

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Une action doit être menée en direction et avec les professionnels pour accompagner les changements induits par les nouvelles politiques publiques prenant en compte la personne dans son environnement. En effet, le développement des logiques de décloisonnement institutionnel, d'aide au parcours de la personne, d'offre de services modulaires interrogent les organisations et les fonctionnements des opérateurs, et induisent l'émergence de nouveaux métiers comme « gestionnaires de situations complexes » ou « coordonnateur de parcours ».

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser une démarche de conduite de changement

- ⊕ Identifier des opérateurs du changement (pilotes MAIA, PCPE, PTA, certaines équipes mobiles dans le champ du handicap, de la jeunesse...) et leur apporter un appui afin de conforter leur rôle en faveur des parcours.
- ⊕ Parallèlement seront mobilisés les leviers de la régulation de l'offre (CPOM notamment) pour appuyer cette dynamique de changement auprès des établissements et services de santé et médico-sociaux.

2. Utiliser la formation au service du développement des parcours

- ⊕ **Développer les formations croisées** pour permettre aux acteurs, professionnels, usagers et familles, de mieux se connaître pour mieux travailler ensemble sur les thématiques par exemple du handicap psychique et de la santé mentale.
- ⊕ Développer en région les **formations** relatives aux **nouveaux métiers** de l'appui au parcours : cet objectif est précisé dans le thème consacré aux professionnels de santé (n°18).

3. Développer des pratiques et des réponses innovantes

Des appels à candidatures pourront par exemple apporter une aide en ingénierie afin d'**accompagner l'évolution de l'offre** (notamment vers plus de modularité...) ou des **pratiques professionnelles** (émergence de nouvelles fonctions...).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de participants aux réunions régionales de conduite du changement sur la démarche parcours (MAIA, RAPT, PTSM, PCPE, dispositif ITEP...)

7 Améliorer le parcours de santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion

Le contexte

La précarité sociale découle de situations de rupture d'origines sociale, professionnelle, familiale... Ces ruptures peuvent altérer la santé des personnes qui y sont confrontées mais aussi être elles-mêmes générées par un problème de santé.

On constate de plus que les personnes en situation de précarité repèrent et soignent moins bien leurs problèmes de santé, consultent plus tardivement et renoncent plus fréquemment aux soins que le reste de la population.

Dès lors, plus encore que pour la population générale, il importe d'avoir une stratégie afin de favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Par ailleurs, du fait de l'intrication des problématiques sociales et de santé, améliorer durablement l'état de santé d'une personne peut nécessiter d'agir sur les différentes dimensions de la précarité (en santé, social, dans le logement, dans l'emploi...). Ces autres dimensions relèvent d'autres institutions (Conseils départementaux, Etat, Assurance Maladie...) et sont déclinées par une large palette d'acteurs (CCAS, missions locales, CHRS, associations...). Cela rend nécessaire de développer une approche décloisonnée afin d'appréhender de manière globale le parcours de la personne en situation de précarité. Cette approche nouvelle doit également conduire à répondre à l'ensemble des besoins individuels de chaque personne en passant d'une logique de « prise en charge » à une logique de « prise en compte » des personnes en les associant aux discussions qui les concernent, pour lutter contre les discriminations à leur égard, leur permettre de retrouver l'estime de soi et consolider leur lien social.

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit le PRAPS comme programme obligatoire du PRS avec un double objectif :

- un accès facilité et égalitaire à la prévention, à la promotion de la santé et plus largement au système de santé,
- et une meilleure cohérence dans le parcours de vie et de santé des personnes les plus démunies.

L'amélioration de la santé des personnes en situation de précarité impose, en premier lieu et dans la continuité du PRAPS précédent, de construire un plan d'actions pour les populations les plus démunies ou en situation d'exclusion. La notion d'exclusion recouvre les personnes en situation de grande pauvreté et confrontées à un phénomène de marginalisation sociale. Cette notion recouvre le même public que les personnes dites « démunies » à savoir principalement les personnes en errance, les populations migrantes en attente ou sans statut, les personnes prostituées, les gens du voyage et les populations très désocialisées.

Cela étant, afin de faciliter également l'accès au système de santé des personnes avant qu'elles ne soient en situation d'exclusion avérée, il est proposé dans le cadre de ce PRS d'élargir la thématique aux personnes en situation de précarité sociale. Cela renvoie à une population plus large en situation de fragilité économique, sociale et familiale.

Cette thématique sera, par ailleurs, plus largement élargie à la notion de vulnérabilité afin d'intégrer les orientations spécifiques à la santé des détenus.

La présente thématique vient en complément de celle concernant la lutte contre les inégalités sociales de santé (cf. thème 1). Cette dernière centre son action sur les déterminants sociaux de la santé (conditions matérielles, facteurs psycho-sociaux, comportements...) c'est-à-dire en amont de l'action de la thématique santé précarité dont l'objectif principal est de lever ce qui fait obstacle à l'accès au système de santé.

Les finalités

Les différentes générations de PRAPS ont permis en région Bretagne la pérennisation et l'évolution d'un dense maillage de dispositifs et d'actions qui facilitent l'accès du public démunie au système de santé de droit commun. Pour autant, cette offre reste hétérogène dans son fonctionnement et sa répartition sur les territoires. De plus, comme il s'agit d'une offre très spécialisée à destination des personnes les plus éloignées du système de santé, il importera par ailleurs d'adapter le système de santé de droit commun afin d'en favoriser l'accès pour la population en situation précaire (cette dernière incluant également le public démunie). Enfin, il convient d'inscrire le PRAPS dans une politique d'ensemble de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et plus globalement de favoriser la cohérence des politiques et des interventions à destination des personnes en situation précaire dans une logique de parcours.

A cette fin, quatre chantiers sont identifiés dans le Schéma régional de santé et feront l'objet d'une **déclinaison opérationnelle au sein du PRAPS** :

- ⊕ Pour les personnes **les plus démunies, structurer une offre spécialisée** ;
- ⊕ Pour les personnes **en situation de précarité, favoriser l'accès au système de santé de droit commun** ;
- ⊕ **Consolider la démarche de promotion de la santé et de prévention** auprès des personnes en situation de précarité ;
- ⊕ **Améliorer les parcours de santé et de vie** des personnes en situation précaire par une meilleure organisation et articulation des acteurs.

Chantier 1 : Structurer une offre spécialisée en direction des personnes les plus démunies

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les personnes les plus démunies rencontrent des difficultés d'accès aux soins de plusieurs ordres : économique, social, géographique... Ces difficultés sont une des explications de leur renoncement aux soins. Ces personnes peuvent également être confrontées au refus de soins de certains professionnels du droit commun et à la complexification des procédures administratives, notamment le développement du numérique.

Afin de lever ces freins, une offre spécialisée s'est développée. Des dispositifs et actions spécifiques se définissant comme des « passerelles » vers le droit commun ont progressivement été créés : permanences d'accès aux soins de santé (PASS), points santé et centres de santé, équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP), lits halte soins santé (LHSS), appartements de coordination thérapeutique (ACT), services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), et plus récemment des lits d'accueil médicalisés (LAM). Des actions en prévention et promotion de la santé sont également déployées pour remobiliser les personnes autour de leur santé.

L'offre est cependant hétérogène dans son fonctionnement et sa répartition sur la région. Afin de répondre à ce besoin d'équité d'accès aux droits et aux soins, il est nécessaire de structurer cette offre spécialisée sur l'ensemble des territoires en lien avec les acteurs impliqués.

Dans la structuration de cette offre spécialisée, une attention particulière doit être accordée à certains publics spécifiques qui cumulent les facteurs de précarité : les détenus, les personnes sortant de prison, les personnes prostituées, les gens du voyage et les personnes migrantes en situation précaire. Par ailleurs, il conviendra par ailleurs de prendre en compte la nécessité d'« aller vers » certaines personnes en situation de grand isolement qui ne vont pas vers les dispositifs spécifiques, ainsi que la nécessité de « faire avec » pour prendre en considération le savoir et l'expérience vécue des personnes. Enfin, il sera nécessaire de prendre en compte les orientations de la stratégie nationale de santé sexuelle qui prévoit une approche spécifique pour certains de ces publics visant à leur garantir les mêmes droits en termes d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Il convient d'assurer sur chaque territoire un socle commun : accueil, entretien social, régularisation des droits sociaux, renforcement des compétences, entretien infirmier, consultation médicale, consultation de dépistage médicalisé, soutien psychologique, soins dentaires ou accompagnement vers une réponse adaptée, accompagnement pour la prise en charge de la réponse aux besoins de soins spécialisés...

1. Elaborer un schéma d'organisation de l'offre en dispositifs passerelle par territoire

- ⊕ Il conviendra de définir un **niveau de territoire de référence** en concertation avec les acteurs de la santé, du médico-social et du social en recherchant un territoire infra départemental, en cohérence avec les territoires d'action sociale.
- ⊕ Il s'agira ensuite d'identifier **les dispositifs en mesure d'accomplir ces missions** sur les territoires et de les faire évoluer au besoin par un rééquilibrage territorial de l'offre ou un renforcement de moyens (programmation pluriannuelle de l'offre spécialisée sur l'ensemble du

territoire régional). Une convention entre l'ARS et ses partenaires institutionnels formalisera l'organisation retenue.

- ⊕ On cherchera également à favoriser le suivi au long cours des personnes les plus démunies en organisant la **continuité de la prise en charge entre les dispositifs passerelle et l'offre de droit commun**. A cette fin, il conviendra d'inciter au conventionnement entre les dispositifs spécifiques et l'offre de droit commun somatique et en santé mentale. Enfin, ce schéma devra renforcer la démarche « d'aller vers ».

2. Structurer le réseau des Permanences d'accès aux soins de santé

Le dispositif régional des PASS a été restructuré en 2015, passant de 27 à 17 unités dont trois PASS psychiatriques. Cette nouvelle configuration s'est accompagnée d'un renforcement budgétaire en vue de mettre en place une organisation territoriale de l'accompagnement des populations en grande précarité.

- ⊕ Ainsi, des **PASS référentes sur chaque territoire** devront venir en soutien aux équipes de l'ensemble des autres établissements de santé. Un **centre de référence régional des PASS** situé au CHU de Brest assurera quant à lui la coordination du réseau des PASS, la formation et le développement des bonnes pratiques.

3. Assurer la continuité des soins des personnes détenues et sortant de prison

Les orientations de la stratégie santé interministérielle des personnes placées sous main de justice seront déclinées.

- ⊕ Il s'agira de veiller au bon fonctionnement des **unités sanitaires de premier niveau (USPN)** au sein des établissements pénitentiaires, d'organiser la continuité des soins **pendant et après l'incarcération**, de veiller à la prise en charge de la **santé mentale** des détenus, de consolider et d'améliorer l'accès aux **soins dentaires**, de lutter contre les **addictions** ainsi que de développer des activités de **promotion de santé** et de prévention.

4. Avoir une réponse coordonnée pour l'accès aux soins des personnes migrantes sur l'ensemble du territoire breton

La prise en charge des personnes migrantes précaires doit prendre en compte un certain nombre de spécificités (délais d'obtention de la couverture par l'assurance maladie, barrière de la langue, pathologies spécifiques (pathologies infectieuses et problématique de santé mentale) et nécessite une coordination renforcée des différents intervenants, ainsi qu'un relais vers le droit commun.

Le Réseau Louis Guilloux propose depuis 2014 une organisation qui renforce l'offre ambulatoire en direction de ces populations à travers une coordination régionale et départementale : le DATASAM (Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants).

- ⊕ Il y a lieu de consolider cette organisation en renforçant le **temps de coordination médicale** du dispositif sur **chaque département**, en développant davantage **l'offre d'interprétariat** et en poursuivant les actions de formation des acteurs locaux.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des personnes sans hébergement ou en hébergement temporaire au sein de la file active des PASS

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- ⊕ PLANIR (Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures) développé par l'Assurance maladie, en particulier les actions déployées avec les PASS ;
- ⊕ PFIDASS (plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) développées par l'Assurance maladie ;
- ⊕ PDALHPD (plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Parcours, Addictions, Santé mentale.

Chantier 2 : Favoriser l'accès au système de santé de droit commun des personnes en situation de précarité

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La santé des personnes en situation de précarité est plus dégradée que celle de la population générale. Cela s'explique par le fait que le public précaire est soumis à des déterminants sociaux de la santé défavorables (logement, emploi, environnement, revenu...) qui génèrent également des comportements individuels défavorables à la santé (tabac, alcool, alimentation...).

L'environnement social est également de nature à limiter l'efficacité des soins du fait des personnes elles-mêmes (consultations tardives, renoncement aux soins, non recours...) et du fait de l'organisation du système de santé (accès aux consultations, représentations des professionnels...).

En Bretagne, le risque moyen de renoncement est estimé par l'INSEE à 13,2 %, celui-ci étant plus élevé le long du littoral ainsi que dans les grandes unités urbaines.

Dès lors, au-delà de l'organisation d'une offre passerelle pour les personnes les plus démunies, il importe de favoriser le recours au système de santé de droit commun par les personnes en situation de précarité.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

L'ensemble des chantiers du thème favorisent l'accès au système de santé : par la structuration d'une offre spécialisée, par le développement d'une offre de prévention et par la structuration d'une démarche parcours. Mais il importe également d'adapter le système de santé de droit commun afin d'en favoriser l'accès par l'ensemble des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

1. Favoriser l'accès aux soins de premier recours

Les personnes en situation de précarité sollicitent peu les professionnels de soins primaires et privilégient l'accès direct à l'hôpital notamment aux urgences. Pour autant, le suivi des personnes dans le cadre de dispositif de soins primaires est à privilégier : ce type de soins s'exerce dans un lieu proche du lieu de vie du patient, favorisant un meilleur suivi dans le temps et à un stade plus précoce de la maladie. Par ailleurs, le professionnel du soin primaire doit également être en mesure de gérer simultanément plusieurs problèmes de santé aigus et chroniques, de faire de la prévention et de la promotion de la santé, d'orienter la personne dans le système de soins et de s'inscrire dans un exercice coordonné.

- ⊕ Dès lors, il conviendra de favoriser **l'orientation des personnes** en situation de précarité vers les professionnels de soins primaires en adoptant des modalités d'orientations partagées (cf. chantier 4).
- ⊕ Il sera également nécessaire de développer le **conventionnement** entre les dispositifs spécialisés pour les personnes démunies et l'offre de droit commun de premier recours (MSP, ESP, centres de santé).
- ⊕ Enfin, il conviendra que l'ARS conventionne avec ces différents types de structures de premier recours afin de définir des **objectifs en termes d'accueil des personnes en situation précaire** : qualité de l'accueil, nombre de personnes relevant de la CMU-C accueillies, absence de dépassement d'honoraires, tiers payant, temps consacré à la consultation...

2. Améliorer l'accès aux soins hospitaliers spécialisés de droit commun

Bien que les dispositifs spécifiques hospitaliers que sont les PASS facilitent l'accès des personnes en situation d'exclusion aux soins en milieu hospitalier, des freins demeurent à l'accès des personnes en situation de précarité aux soins hospitaliers de droit commun (consultations, plateaux techniques...).

- ⊕ Il importe par conséquent de développer en région la collecte d'information pour mieux caractériser les mécanismes à l'origine des **disparités dans l'accès aux soins à l'hôpital** et de concevoir, de manière conjointe avec les acteurs hospitaliers, un plan d'actions permettant de réduire ce phénomène.

3. Agir sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé

La qualité du dialogue et de la communication entre les soignants et les soignés est déterminante pour l'établissement d'une relation de confiance et par conséquent pour la réussite des soins. Or on observe parfois un décalage entre la vision technique du soignant et les attentes et problématiques (familiales, sociales, financières) de la personne en situation de précarité. Par ailleurs, les résultats d'une étude nationale récente du Fonds CMU et du Défenseur des droits révèlent l'existence de représentations médicales stéréotypées qui peuvent conduire à des pratiques de différenciation voire de discriminations.

- ⊕ Cela nécessite dès lors d'**identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé** dans le cadre de la prise en compte de patients en situation de précarité puis de mieux les **sensibiliser** sur la spécificité du soin auprès de personnes en situation de précarité : pathologies spécifiques, influence des déterminants sociaux de la santé, nécessité d'une coordination renforcée entre le sanitaire et le social...

4. Contribuer à l'accès aux droits des personnes en situation de précarité et d'exclusion

En complémentarité avec l'Assurance maladie, les actions et les dispositifs du PRAPS contribuent à l'accès aux droits des personnes en situation d'exclusion. On pourrait évoquer les actions en prévention et promotion de la santé pour sensibiliser les personnes à l'accès aux droits ou le rôle des points santé et des PASS dans l'ouverture des droits. L'accès aux droits est un important facteur facilitateur pour le recours aux soins.

- ⊕ Il s'agit de s'inscrire dans la continuité et poursuivre les actions en prévention et promotion de la santé afin d'**inciter les personnes à accéder à la couverture maladie**. Ces actions doivent s'articuler avec les actions des partenaires : conseils départementaux *via* les CDAS, Assurance maladie pour lutter efficacement contre le non-recours aux droits.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des bénéficiaires en CMUC n'ayant pas consulté un médecin généraliste libéral au cours de l'année

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- ⊕ Plan d'accompagnement du non recours des incompréhensions et des ruptures de l'Assurance Maladie (PLANIR).

Chantier 3 : Consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé auprès des personnes en situation de précarité

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'état de santé des personnes en situation de précarité est déterminé par une multitude de facteurs et il est plus dégradé que pour les autres catégories de populations.

Pour augmenter l'efficacité d'une politique de santé en direction des personnes en situation de précarité, les efforts sur l'offre de soins curatifs doivent être assortis d'une démarche volontariste en prévention et promotion de la santé.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer les compétences psycho-sociales des personnes

La prévention et la promotion de la santé impliquent une démarche qui au-delà de l'action sur des facteurs de risque (addictions, prise de risque en matière de vie sexuelle et affective, comportements nutritionnels défavorables...) et promeut une approche positive et globale de la santé. Or, les personnes en situation de précarité et d'exclusion sont moins réceptives aux messages de prévention et de promotion de la santé que le reste de la population.

- ⊕ Ainsi, il convient d'agir directement auprès des personnes en situation de précarité afin de **développer leur capacité à adopter des comportements favorables à la santé**, et à être acteurs dans leur parcours de soins.

2. Développer une démarche renforcée de prévention et de promotion de la santé auprès des populations les plus exclues

On constate que les personnes les plus démunies ne vont pas naturellement vers les structures de soins et d'accompagnement.

- ⊕ Aussi convient-il de mener des **actions spécifiques** en prévention et promotion de la santé auprès des **personnes le plus en difficulté** (migrants précaires, sortants de prison, gens du voyage, personnes prostituées). Ces actions doivent être adaptées à leurs spécificités. A titre d'exemple, les outils de communication seront adaptés aux populations migrantes ne maîtrisant pas le français.

3. Renforcer la formation des professionnels de l'accompagnement social au repérage et à l'orientation des publics en situation de précarité

Les travailleurs sociaux sont confrontés aux problèmes de santé des personnes qu'ils suivent. Cette situation est problématique d'une part, parce que la santé ne fait pas partie des missions premières de ces professionnels, d'autre part, parce que les problèmes de santé constituent souvent un frein réel à l'insertion des personnes.

- ⊕ Aussi, il s'agit d'**apporter aux travailleurs sociaux des outils** permettant de bien identifier le rôle qu'ils peuvent prendre dans la démarche de santé des publics qu'ils accompagnent. Cela implique de les sensibiliser aux notions de promotion de la santé en lien avec la précarité, de leur donner des clefs pour le repérage des besoins en santé, et de connaître les dispositifs en santé précarité.

4. Favoriser le partage entre pairs

Le partage d'expériences communes (parcours de rue, addictions, mauvaise santé mentale), ou pair-aidance, peut contribuer à davantage sensibiliser les personnes sur l'importance de la santé et sur les démarches et comportements favorables à la santé. La démarche de la pair-aidance est basée sur la similarité d'expériences communes des usagers

- ⊕ Il convient donc de développer le rôle de la **pair-aidance** dans la sensibilisation des personnes en situation de précarité sur leur état de santé. A cette fin, il faudra identifier et structurer des réseaux de pairs au moyen notamment d'actions de formation.

LES INDICATEURS DE REALISATION

Nombre de travailleurs sociaux formés aux problématiques de santé des personnes en situation précaire

Part des femmes relevant de la CMU-c ayant bénéficié du dépistage organisé du cancer du sein sur l'année

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Parcours, Addictions, Santé mentale.

Chantier 4 : Accompagner les parcours de santé et de vie des personnes en situation précaire

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La précarité sociale peut être tour à tour cause et conséquence d'une problématique de santé. Améliorer durablement l'état de santé d'une personne nécessite de s'intéresser à l'ensemble de l'environnement dès lors d'agir sur les différentes dimensions de l'environnement de la personne (en santé, social, logement, emploi...).

Par conséquent, les pratiques des professionnels et les politiques d'intervention doivent être globales et appréhender l'ensemble des besoins de la personne (sanitaires, médico-sociaux, logement, insertion, emploi...). Or les politiques d'intervention reposent sur plusieurs acteurs institutionnels (Départements, Cohésion sociale, ARS...) et impliquent une multiplicité d'acteurs. Cela impose de penser de nouvelles modalités de coopération et d'action partagée entre institutions et acteurs.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

La démarche proposée vise à développer la transversalité des politiques et des interventions dans le champ de la précarité, et ce à trois niveaux :

1. Au niveau individuel : favoriser un accompagnement global de la personne

- ⊕ Des outils communs (d'évaluation, d'orientation...) seront élaborés afin de permettre à des professionnels de différents domaines d'intervention (santé, social, logement, emploi...) de **mener une première évaluation de la situation**, permettant une orientation plus efficace des personnes.
- ⊕ Il conviendra par ailleurs de mieux organiser la coordination des interventions en mettant en place, sur les territoires qui en sont dépourvus, une coordination des services autour des situations individuelles et en mettant en place un **suivi renforcé des situations complexes**, notamment par l'intermédiaire des plateformes territoriales d'appui (PTA).

2. A un niveau territorial : animer des concertations entre acteurs

- ⊕ Il s'agira de favoriser, au sein d'une **instance territoriale**, un travail en commun en vue d'améliorer l'organisation du service rendu. L'objectif est de favoriser la **complémentarité des dispositifs et des interventions**, pour améliorer la réponse apportée à la population en simplifiant les modes de fonctionnement et en libérant l'initiative. Il est proposé que le niveau territorial fasse l'objet d'une concertation les acteurs d'un département en recherchant la cohérence avec les territoires d'action sociale et avec les territoires de structuration de l'offre en dispositifs passerelle pour les personnes les plus démunies (cf. chantier 1).

3. Au niveau stratégique : mieux articuler les politiques publiques

- ⊕ Une **instance institutionnelle départementale** veillera à la convergence **des stratégies institutionnelles** par l'élaboration d'une feuille de route annuelle commune à l'ensemble des institutions partenaires. Il lui appartiendra également de se prononcer sur les actions proposées par les opérateurs réunis au sein de l'instance territoriale.

- ⊕ L'expérimentation de MAIA « tous publics » pourra favoriser le développement d'outils professionnels communs (outils simplifié d'évaluation et d'orientation, référentiels de mission) et permettre d'animer et alimenter les instances territoriales.
- ⊕ Au niveau régional la **Commission de coordination des politiques publiques** de l'Agence assurera pour sa part un suivi et une articulation de l'action des instances départementales.

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- ⊕ Le Plan d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures de l'Assurance maladie (PLANIR) ;
- ⊕ Pactes territoriaux pour l'insertion et l'emploi (PTIE)
- ⊕ Expérimentation AGILLE (Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion)

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Parcours



8 Agir en faveur de la santé périnatale, des enfants, des adolescents et des jeunes adultes

Le contexte

En Bretagne, comme au niveau national, la natalité diminue avec 11 % d'accouchements en moins entre 2011 et 2016. Pour autant, la population des 0-25 ans représente près d'un tiers de la population en 2015.

Comme le précise le Haut conseil de santé publique, « *la période de l'enfance et de la jeunesse est un moment clef, essentiel pour agir sur les déterminants de santé [...]. Ce sont des périodes fondamentales durant lesquelles le rapport à la santé se construit, les conditions et les comportements favorables à la santé se mettent en place, la plasticité et l'engagement dans l'apprentissage sont tels que l'impact potentiel d'actions, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé agissant sur les conditions de vie, les situations sociales et économiques et les normes sociales, pourrait être à son maximum.* »

Les acteurs et dispositifs intervenant de la grossesse à l'âge adulte sont nombreux. Cette multiplicité rend nécessaire la coordination des actions et des politiques publiques (y compris familiales, sociales, éducatives...) et la lisibilité des réponses pour les enfants, les jeunes et leurs familles.

Les besoins de santé des enfants et des jeunes étant spécifiques selon les âges, les réponses à construire doivent s'adapter aux différentes étapes de développement. Par ailleurs, les âges charnières (entrée dans la scolarité, sortie du système scolaire, décohabitation...) qui peuvent constituer des périodes de vulnérabilité, voire de ruptures, feront l'objet d'une attention particulière.

Les finalités

L'ARS de Bretagne souhaite développer une approche nouvelle de la politique de santé régionale depuis la périnatalité jusqu'à la promotion du bien-être des enfants, adolescents et jeunes adultes (de 0 à 25 ans).

- ⊕ **Promouvoir la santé** des femmes enceintes, des enfants en lien avec leur famille, des jeunes et des adolescents, et **agir sur les déterminants de santé** (environnements, comportements favorables à la santé tels que l'alimentation ou l'activité physique...) dès le plus jeune âge. En outre, l'accompagnement à la parentalité et la guidance parentale sont à valoriser sur l'ensemble de ces actions.
- ⊕ **Mieux repérer les problématiques de santé** et organiser des prises en charges accessibles, et de qualité. Cela passe par l'organisation d'un accueil et d'une écoute bienveillante, d'un repérage précoce des difficultés, d'une meilleure orientation vers des prises en charge adaptées.
- ⊕ **Améliorer l'organisation de l'offre de services** en faveur de la population concernée. Cela mobilise notamment les dispositifs de périnatalité (dont les maternités), les professionnels de la pédiatrie, les dispositifs d'accueil et d'écoute en faveur des parents, des jeunes et des adolescents, l'offre médico-sociale et psychiatrique. Cette organisation permettra de garantir les principes de gradation, de qualité et de sécurité des soins et d'accessibilité notamment en termes géographiques.

- ⊕ **Organiser deux parcours spécifiques.** Le premier concerne les enfants souffrant de **troubles neuro-développementaux** et le second porte sur les **jeunes et adolescents qui cumulent les difficultés** et nécessitent des prises en charges multiples (dans les domaines sanitaires, sociaux, éducatifs, voire judiciaire) et coordonnées.

Compte-tenu de la multiplicité des intervenants, il conviendra tout particulièrement de mieux identifier et de coordonner les acteurs amenés à intervenir en s'appuyant le cas échéant sur les réseaux existants.

Enfin, le développement de l'observation en santé pour la population concernée permettra d'orienter l'action de façon plus pertinente.

Chantier 1 : Promouvoir la santé des enfants et des futurs parents

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les expositions environnementales, les comportements et les inégalités sociales de santé impactent la santé dès le plus jeune âge, c'est pourquoi, il convient d'agir dès la grossesse en direction des futurs parents comme d'agir ensuite en direction des enfants, notamment les plus vulnérables.

Les études montrent que c'est durant la première année de vie que se développent les acquisitions sensorielles, motrices et intellectuelles essentielles chez l'enfant, notamment pour interagir avec son milieu physique.

Elles mettent également en avant les effets possibles de certaines expositions environnementales sur la santé en termes de développement, de survenue de maladies chroniques (asthme, allergies...). Le fœtus comme l'enfant y est particulièrement sensible. Par ailleurs, les causes de survenue des naissances prématurées sont multiples. Elles peuvent être liées à des problématiques de santé, des comportements défavorables à la santé (tabagisme) et des environnements (notamment socio-économiques) facteurs de vulnérabilité.

Par ailleurs, il est également démontré que l'obésité chez l'enfant a des effets néfastes sur sa santé physique et mentale et qu'elle augmente considérablement le risque de maladies chroniques à l'âge adulte. La promotion de l'allaitement maternel d'une part, une alimentation saine, une activité physique régulière et la limitation de la sédentarité pour les femmes enceintes et les enfants dès le plus jeune âge, seront encouragés.

Enfin, il faut insister sur le constat que le syndrome d'alcoolisation fœtale représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer les compétences psychosociales des enfants et promouvoir les comportements favorables à la santé

Les compétences psychosociales sont définies par l'OMS comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est son **aptitude à maintenir un état de bien-être mental**, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.* »

- ⊕ En Bretagne, cet objectif se matérialisera par le déploiement de programmes visant le renforcement des compétences psychosociales des enfants en **âge préscolaire, en milieu scolaire et périscolaire**. Une attention particulière sera portée sur les enfants qui ne bénéficient d'aucun mode d'accueil en dehors de leur famille. En milieu scolaire, ce programme devra s'articuler avec le « parcours éducatif en santé » tel que défini par l'Education nationale.
- ⊕ Pour encourager les comportements favorables à la santé, il s'agira prioritairement de promouvoir dès le plus jeune âge et dans les milieux de vie (domicile parental, lieux d'accueil, écoles...) les **comportements alimentaires** conseillés par le Programme national nutrition santé (PNNS), la pratique d'une **activité physique régulière**, et la prise de conscience vis-à-vis des risques d'**accidents domestiques**.

2. Promouvoir des environnements protecteurs et favorables au bon développement des enfants

Les enjeux de santé liés à l'environnement devront être davantage pris en compte dans les dispositifs de sensibilisation et d'information, en particulier durant la grossesse et les premiers jours de vie de l'enfant.

Le lien sera effectué avec les travaux du Plan régional santé environnement (PRSE) 2017-2021 en insistant sur quelques priorités. Il s'agira en particulier de :

- ⊕ Promouvoir des **environnements favorables à la santé** dans les **lieux d'accueil de la petite enfance** (existence d'une offre d'activité physique, exposition aux substances nocives, qualité de l'air, environnement sonore, alimentation...). Les expositions aux substances nocives, et notamment aux **perturbateurs endocriniens**, pendant la grossesse et l'enfance, feront l'objet d'une attention particulière. Ces enjeux devront être abordés selon une approche non anxiogène.
- ⊕ **Former** les professionnels de santé et de la petite enfance aux enjeux de santé liés à l'environnement ;
- ⊕ Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé des enfants : existence d'une offre d'activité physique, espaces verts, lieux de rencontres, accessibilité et mobilités douces...

3. Promouvoir, renforcer et accompagner les compétences parentales

Il s'agit d'accompagner les compétences parentales au regard des besoins de l'enfant : le **rythme de vie et de sommeil, l'alimentation, l'activité physique**, la place des **écrans**, des réseaux sociaux... D'autre part il convient de prendre en compte le soutien des **familles monoparentales**, en situation de précarité, et des familles ayant un enfant porteur de **handicap** ou de maladie chronique...

- ⊕ Une sensibilisation des professionnels de la périnatalité et de l'enfance et le développement d'action d'éducation pour la santé en direction des familles y contribueront.

4. Repérer les vulnérabilités et les prendre en charge pour éviter leurs conséquences sur le développement des enfants

- ⊕ Il s'agira principalement de **mieux former les professionnels** de la périnatalité et de la petite enfance au **repérage** et à l'orientation.
- ⊕ **L'entretien prénatal précoce** et le développement d'outils associés peuvent à ce titre constituer un levier.
- ⊕ Le **repérage, la prévention et la prise en charge des carences, négligences et violences familiales**, constituent par ailleurs un axe prioritaire, en lien avec le Plan national de lutte contre les violences faites aux enfants. Les professionnels hospitaliers, les professionnels de santé en ville, mais aussi les magistrats et professionnels de l'Education nationale ainsi que les services de Protection maternelle et infantile et de l'Aide sociale à l'enfance sont les acteurs pivots de ces interventions. Des initiatives seront prises pour favoriser ces échanges.

5. Promouvoir l'allaitement maternel en Bretagne

Les effets positifs de l'allaitement sur la santé de l'enfant comme de la mère sont reconnus tant par l'OMS que par le Programme national nutrition santé. Or en Bretagne, il ne concerne que 59 % des femmes à la naissance en 2014, contre 69% au niveau national.

- ⊕ Il s'agira de **favoriser l'allaitement maternel**, tout en respectant le libre choix, et de mieux **accompagner les mères** qui font le choix d'allaiter. Cela passe par la sensibilisation des futurs parents lors de l'entretien prénatal précoce, la formation des professionnels (formation de référents) et par l'accompagnement des parents lors de leur séjour en maternité et après leur sortie.

6. Promouvoir la vaccination

- ⊕ Il s'agira de rappeler l'importance de la vaccination obligatoire, de mettre en exergue d'intérêt des vaccinations recommandées pour protéger son enfant et les autres d'un certain nombre de maladies aux conséquences parfois très lourdes ;
- ⊕ La promotion de la vaccination passera également par un travail de **sensibilisation des médecins et sages-femmes** à l'application des recommandations vaccinales.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des femmes initiant l'allaitement

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national de réduction du tabagisme ;
- ⊕ Schémas départementaux de PMI ;
- ⊕ Schémas départementaux des services aux familles ;
- ⊕ Schémas départementaux de protection de l'enfance ;
- ⊕ Plan académique santé social ;
- ⊕ Plan national de lutte contre les violences faites aux enfants ;
- ⊕ Circulaire « Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves » du Ministère de l'Education nationale (28 janvier 2016) ;
- ⊕ Convention cadre de partenariat en santé publique DGS/DPJJ 2017-2021.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Précarité.

Chantier 2 : Conforter une offre périnatale de qualité et graduée

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La Bretagne dispose d'une offre périnatale structurée et graduée en fonction de la réglementation (niveaux 1, 2A, 2B et 3).

On constate deux évolutions qui appellent notre vigilance :

- La diminution de la natalité, qui peut poser des problèmes d'activité dans les maternités les plus modestes, et donc d'attractivité médicale de celles-ci
- Une démographie peu favorable pour les pédiatres, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes.

En conséquence, une attention particulière doit être développée à trois niveaux :

- ⊕ La qualité et la sécurité des soins tant pendant la grossesse, à la naissance et pendant les premières années de l'enfant ;
- ⊕ Une gradation des soins pleinement opérationnelle dans les territoires bretons ;
- ⊕ La prise en compte explicite dans la stratégie des acteurs (et en particulier des GHT) de l'amélioration de l'accès aux soins en prenant en compte les facteurs de fragilité de l'offre (notamment liée à la démographie médicale), susceptibles d'affecter la continuité et la sécurité des prises en charge.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Réduire les inégalités d'accès aux soins

- ⊕ Améliorer **l'articulation ville-établissements de santé** : celle-ci passe par la coopération des professionnels de santé libéraux (notamment les sages-femmes) et des services de la PMI, la prise en compte du dispositif de sorties anticipées de l'assurance maladie (PRADO), l'articulation avec les centres périnataux de proximité et le suivi des nouveau-nés vulnérables.
- ⊕ Améliorer **l'accès aux soins pédiatriques** qui constituent un élément indispensable d'une prise en charge de qualité des nouveau-nés et des jeunes enfants.

2. Organiser des parcours de soins sûrs et gradués en périnatalité

Si d'une manière générale le dispositif de dépistage des complications médicales semble acquis et s'organise avec le référencement systématique à un établissement de santé pour l'accouchement, l'identification des vulnérabilités psychosociales, l'accès même aux différents dispositifs qui contribuent à ce « repérage » et la participation active des femmes au suivi de leurs grossesses, permettant notamment l'élaboration d'un projet de naissance se poursuivant par un retour à domicile préparé et choisi, pourraient encore être améliorés.

- ⊕ **Le repérage et l'accompagnement des femmes les plus vulnérables** y compris en situation de précarité sont à renforcer en lien avec les intervenants compétents (professionnels de santé, PMI, SAFED, dispositifs santé-précarité...). La formation des professionnels sur les questions de la

vulnérabilité doit être promue, tout comme la mise en lien des acteurs notamment au travers de staffs médico-psycho-sociaux et dans le cadre de l'anticipation des sorties de maternité.

- ⊕ **Pour les suivis des grossesses**, il convient de poursuivre l'amélioration des processus d'information des parturientes et des parents sur les principes et méthodes de prévention, sur les risques évitables associés à la grossesse et à la prématurité, ou encore sur les services proposés à chaque niveau de l'organisation graduée de l'offre de soins. Les centres périnataux de proximité (CPP) sont des acteurs dont le rôle doit être conforté dans les organisations territoriales.
- ⊕ **Pour les naissances**, l'organisation de l'offre doit se conformer au respect des normes de sécurité en périnatalité et mettre en œuvre une gradation des soins conforme aux activités constatées et aux moyens mobilisés, en particulier au regard des autorisations des niveaux 2A.
 - Là où des fragilités sont repérées (démographie médicale, limites architecturales...), les coopérations doivent apporter des réponses lisibles et stabilisées.
 - Il faut également permettre une offre d'accouchement diversifiée allant d'une prise en charge physiologique de l'accouchement aux prises en charges plus complexes. L'ouverture des plateaux techniques des maternités aux sages-femmes libérales doit être favorisée.
 - Les modalités de retour précoce à domicile de type PRADO doivent être favorisées. L'hospitalisation à domicile néonatale doit être promue lorsqu'elle est possible et sécurisée.
- ⊕ **Pour l'accès effectif aux interruptions volontaires de grossesse (IVG)** : la mise en œuvre du plan national 2017-2022 ainsi que la définition d'une stratégie régionale pluriannuelle, structure les actions à mener. Il met notamment en avant le développement de l'IVG médicamenteuse en ville dont le recours sera facilité par la nouvelle compétence des sages-femmes libérales dans ce domaine. On développera l'accès aux différentes méthodes d'IVG à l'échelle d'un territoire de proximité et dans le cadre des GHT.

3. Améliorer la couverture géographique de l'offre en assistance médicale à la procréation (AMP)

- ⊕ Dans la continuité du premier PRS, la création d'un **nouveau centre d'AMP** est souhaitée pour permettre une possible réponse dans le nord de la Bretagne.
- ⊕ S'agissant du **diagnostic prénatal (DPN)**, et dans la mesure où les conséquences de la réglementation récente modifiant les conditions d'autorisation, de prescription et de réalisation, ne sont pas stabilisées, ce thème devra faire l'objet d'un groupe de travail régional spécifique en vue d'un éventuel ajustement des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS).

4. Améliorer la coordination des actions régionales au moyen des réseaux de périnatalité

- ⊕ Les quatre réseaux départementaux mettront en place une organisation en **réseau régional** partageant un programme d'actions et son suivi. Ils développeront ainsi leur rôle d'appui aux acteurs de santé avec plus de cohérence.

5. Organiser un meilleur suivi de tous les enfants, de la naissance jusqu'à 12 ans

- ⊕ Face à la diversité des intervenants, notamment médicaux, susceptibles d'intervenir dans le suivi des jeunes enfants, des travaux et échanges seront menés en concertation pour **mieux définir la place de chaque acteur** (notamment le médecin traitant de l'enfant, les services de santé scolaire, la PMI, les sages-femmes libérales...)
- ⊕ Les conditions pour promouvoir et rendre plus efficaces les **examens de santé obligatoires** des enfants de 0-6 ans et le suivi des 6-12 ans) seront favorisées, notamment par la sensibilisation et la formation des intervenants auprès des enfants
- ⊕ En référence au plan interministériel de **lutte contre les violences faites aux enfants**, l'accompagnement des professionnels de santé du premier recours dans le repérage et la prise en charge des violences faites aux enfants sera également une priorité.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Proportion de grands prématurés nés dans une maternité autre que de niveau 3, donc de niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risque observés (naissances dites "out-born")

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Programme national et régional d'action pour améliorer l'accès à l'IVG ;
- ⊕ Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Parcours, Personnes en situation de handicap, Maladies chroniques.

Chantier 3 : Mieux repérer pour mieux accompagner les enfants présentant des troubles neuro-développementaux

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les troubles neuro-développementaux regroupent des pathologies diverses comme les troubles envahissant du développement, les troubles avec déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles spécifiques des apprentissages (« dys »), les troubles envahissants du développement (TED) et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

Ces troubles se caractérisent par un retard de développement et se traduisent par des atteintes cognitives, comportementales et sensorimotrices, qui peuvent altérer le bon développement de l'enfant. Une prise en charge précoce et adaptée permet de prévenir ou d'atténuer les conséquences des troubles et d'éviter la constitution de handicap.

Des contraintes pèsent sur l'offre de prise en charge avec des délais d'attente importants à l'entrée en CAMSP, CMP ou CMPP et des inégalités d'accès à l'offre libérale.

En Bretagne, des travaux ont été menés dans le cadre du précédent PRS sur le dépistage du handicap et sa prise en charge précoce. Ceux-ci ont abouti à des préconisations régionales pour les CAMSP en recentrant leur action sur les plus petits et en favorisant la réalisation des bilans. Les participants à ces travaux ont insisté sur la nécessité d'assurer régionalement un continuum entre la prévention, le repérage et la prise en charge des troubles du développement. En effet, il existe chez le jeune enfant une plasticité cérébrale qui fait qu'une difficulté ou un trouble n'est pas « constitué » mais évolue en fonction notamment de la prise en charge qui sera réalisée. De plus il est maintenant établi qu'il est nécessaire de débiter les interventions même si la démarche diagnostique est encore en cours.

La mise en œuvre du 3^{ème} Plan autisme en Bretagne a vu la mise en place du Centre ressource autisme. Il a permis la structuration d'une offre de repérage, de diagnostic et d'intervention pour les enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED). Par ailleurs l'ARS a missionné le réseau Arc-En-Ciel pour mettre en place un réseau régional de la prise en charge des troubles des apprentissages. Dans la période, il s'agira d'articuler les différentes démarches afin d'organiser un parcours cohérent pour les enfants, leurs familles et l'ensemble des professionnels qui les accompagnent.

Le périmètre de ce chantier est restreint aux troubles neuro-développementaux mais ce qui y sera travaillé pourra être étendu par la suite à d'autres troubles, pathologies ou handicap de l'enfant.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Repérer et dépister les variations ou anomalies du développement, et les prendre en charge au plus tôt

- ⊕ **Accompagner les professionnels** dans leurs pratiques. Il s'agira notamment de mettre en place une formation large de l'ensemble des professionnels amenés à dépister ces troubles et de rendre accessible les différents outils de repérage.
- ⊕ **Organiser les prises en charge dès le repérage** des difficultés. L'objectif est de débiter les prises en charges dès le repérage des difficultés même si la démarche diagnostique est encore en cours. Le lien avec les orientations de la MDPH, le rôle des Pôles de compétence et de prestations

externalisés, le financement des prises en charge en libéral, nécessiteront d'être travaillés plus avant avec les partenaires concernés.

2. Organiser le parcours de prise en charge de ces troubles entre les différents intervenants en évitant les ruptures et en soutenant les parents

- ⊕ **Organiser le diagnostic et la prise en charge** des troubles neuro-développementaux selon un parcours gradué en **trois niveaux** : diagnostic simple, diagnostic complexe, expertise. Aussi, l'ARS devra organiser le maillage territorial pour l'ensemble des troubles neuro-développementaux en veillant à la cohérence entre les dispositifs existants actuellement pour les troubles spécifiques de l'apprentissage et les troubles envahissants du développement.
- ⊕ Préciser le rôle des professionnels dans la prise en charge des troubles pour permettre une **prise en charge précoce** et pour assurer des **passages de relais** de qualité entre les structures. Il s'agira de définir et de rendre lisible le périmètre d'intervention de chacun, et d'organiser le parcours de prise en charge de ces troubles entre les différents acteurs. Il faudra pour cela renforcer la coordination et la complémentarité entre les nombreux intervenants dans le champ de la petite enfance : services de PMI, santé scolaire, CAMSP, CMPP, SESSAD, secteur libéral, réseaux... avec une attention particulière sur l'articulation entre CMP/CMPP et secteur libéral.
- ⊕ **Développer l'accompagnement des parents** en soutenant des actions de guidance parentale et de soutien à la parentalité, y compris pour les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des pédiatres formés aux troubles neuro-développementaux

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ 3^{ème} Plan national autisme et plan d'action régional 2013-2017.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Personnes en situation de handicap, Santé mentale.

Chantier 4 : Promouvoir la santé des adolescents et des jeunes adultes et prévenir les comportements défavorables à la santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'adolescence se caractérise aussi bien par des changements physiques que psychiques qui peuvent impacter la santé et le bien-être des jeunes. C'est également une période de quête et de vulnérabilité qui peut se traduire par un certain mal-être, voire des expérimentations et des prises de risque. La région Bretagne est particulièrement concernée par les problématiques addictives ; elle se différencie de la moyenne française par des pratiques plus à risques et une expérimentation plus précoce chez les jeunes.

Au-delà de cette problématique, l'adolescence constitue également une période d'affirmation de son identité sexuelle. La stratégie nationale de santé sexuelle lancée en mars 2017 place l'éducation à la sexualité des plus jeunes au cœur de leurs parcours éducatifs en santé.

Si la population des adolescents et des jeunes est plus concernée par des comportements défavorables à la santé, paradoxalement, les différentes enquêtes menées au niveau national, montrent une moindre préoccupation des jeunes pour leur santé ainsi qu'une moindre perception des risques.

C'est pourquoi, il convient d'encourager les jeunes à « prendre soin de soi », de renforcer leurs « facteurs de protection » et leurs compétences psychosociales, pour prévenir les comportements défavorables à la santé. D'autre part, la promotion d'un environnement, fondé sur la qualité du vivre-ensemble ; doit contribuer au bien-être des jeunes.

Si un certain nombre d'action de prévention existent déjà, il convient d'en faire le bilan et de diversifier et adapter les actions, notamment en faveur des jeunes en situation de vulnérabilité.

L'ensemble des objectifs détaillés ci-après obéira à deux stratégies complémentaires :

- **L'universalisme proportionné** : Si elles s'adressent à l'ensemble des jeunes, ces actions devront être adaptées en faveur de publics plus éloignés du système de santé ou en difficulté de façon à mieux prendre en compte leurs environnements socio-économiques et culturels. Ainsi, une attention particulière sera portée sur les jeunes en situation d'errance, les jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), les jeunes sous main de justice, les apprentis, les jeunes en situation d'insertion et les étudiants.
- **La prévention par les pairs** : Cette modalité d'intervention est particulièrement probante auprès de certains publics ou dans certains milieux de vie, mais elle doit répondre à des référentiels de qualité.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Promouvoir les comportements favorables à la santé et lutter contre la sédentarité

- ⊕ Cela se traduit à la fois par l'intervention **auprès des jeunes** pour favoriser des comportements favorables à la santé (alimentation et activité physique et lutte contre la sédentarité).

- ⊕ Il s'agit également d'intervenir **auprès des partenaires institutionnels** (collectivités notamment) pour développer les environnements permettant de répondre à cet objectif (restauration collective, offre alimentaire, offre d'activité physique...).

2. Prévenir les conduites addictives et diminuer les risques qui y sont liés

Compte-tenu de la situation des jeunes Bretons, cet axe d'intervention fera l'objet d'une attention particulière. Il est plus particulièrement développé dans le **thème « Addictions »** (n°11).

3. Agir en faveur de la santé sexuelle des adolescents

- ⊕ En référence à la stratégie nationale de santé sexuelle, améliorer le **niveau de connaissance des jeunes** et d'agir sur les savoir-être et les **représentations** en matière de santé sexuelle.
- ⊕ Organiser une communication régulière **à destination des parents** afin de les informer sur l'éducation à la sexualité.

4. Prévenir la souffrance psychique des jeunes et des adolescents

- ⊕ Mener des actions permettant de **développer l'estime de soi** chez les jeunes et les adolescents, d'accompagner les professionnels pour un **meilleur repérage** de la souffrance psychique et du risque suicidaire, d'organiser **l'offre d'accueil et d'écoute** des jeunes et adolescents sur l'ensemble du territoire breton tel que développé dans le chantier 5.

5. Promouvoir la vaccination

- ⊕ Promouvoir le respect du **calendrier vaccinal** pour les adolescents et les jeunes adultes **et la mise à jour des vaccins** qui n'ont pas été faits dans l'enfance.

6. Prévenir les risques auditifs

- ⊕ En lien avec le Plan régional santé environnement 2017-2021, protéger les publics jeunes vis-à-vis des risques auditifs liés notamment à l'écoute de **musique amplifiée**.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de patients hospitalisés pour une intoxication éthylique aiguë en court séjour pour 100 000 jeunes âgés de 15 à 25 ans

Les liens avec les plans nationaux ou les plans régionaux existants

- ⊕ Plan nutrition santé (PNNS) ;
- ⊕ Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 ;
- ⊕ Programme national de réduction du tabagisme ;
- ⊕ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives ;

- ➔ Plan national bien-être et santé des jeunes ;
- ➔ Plan PJJ promotrice de santé ;
- ➔ Plan académique santé social.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ➔ Promotion de la santé, Précarité, Addictions, Santé mentale.

Chantier 5 : Construire des réponses graduées aux besoins de santé des jeunes et des adolescents

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les jeunes et adolescents expriment peu leurs besoins de santé. Toutefois, pour certains, l'expression de difficultés en termes affectifs, relationnels, scolaires... peuvent révéler une situation de mal-être, ou des problématiques de santé qu'il convient de prendre en charge. Les acteurs intervenants auprès des jeunes sont nombreux et doivent être en mesure de repérer ces problématiques de santé et d'orienter les jeunes et les adolescents vers des prises en charges adaptées. L'enjeu de ce chantier est de pouvoir mettre en synergie ces différents acteurs afin de construire des réponses allant des accompagnements les plus simples aux plus complexes.

Ces réponses devront être accessibles pour les jeunes et leur entourage et surtout lisibles. Si en matière d'accueil et écoute de premier niveau, des réponses existent (douze points accueil écoute jeunes, cinq maisons des adolescents), elles ne couvrent pas l'ensemble du territoire. D'autres acteurs pourraient être mobilisés, y compris dans des prises en charges dites de deuxième niveau, en ville notamment et mises en lien avec l'ensemble des acteurs constituant ce premier niveau d'accueil et d'écoute.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

A l'instar du chantier précédent, le principe d'universalisme proportionné sera appliqué. Ainsi, une attention particulière sera portée sur les jeunes en situation d'errance, les jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance, les jeunes sous main de justice, les apprentis, les jeunes en situation d'insertion et les étudiants.

1. Assurer un accueil et une écoute de qualité et accessible aux jeunes et à leur entourage

L'organisation sur chaque territoire d'une **offre d'accueil et d'écoute** doit mieux répondre aux principes de :

- ⊕ **Lisibilité** notamment à travers la définition des périmètres d'intervention de chaque acteur (de santé ou non) susceptible d'assurer l'accueil et l'écoute des jeunes et des adolescents.
- ⊕ **Visibilité**, à travers l'organisation d'une communication autour de cette offre en direction des jeunes et de leur entourage via des moyens adaptés (nouveaux outils numériques notamment).
- ⊕ **Coordination** : Compte-tenu de la multiplicité des intervenants et des missions, il conviendra de définir une coordination de ces acteurs permettant de garantir un accès équitable et équivalent à une offre d'accueil et d'écoute de qualité.
- ⊕ **Accessibilité** : Certains territoires restent dépourvus de l'offre adéquate, tandis que certaines populations rencontrent des difficultés de mobilité qui ne leur permettent pas de recourir à l'offre existante. L'expérimentation de réponses permettant « d'aller vers » constitue l'une des pistes d'amélioration.
- ⊕ **Qualité** : il s'agit d'outiller les professionnels afin qu'ils soient en capacité d'aller au-devant des jeunes, de parler de leur santé, de repérer leurs problématiques de santé, et de les orienter vers des prises en charges adaptées.

2. Faciliter l'accès des jeunes et adolescents aux prises en charge

- ⊕ Pour les jeunes ayant des difficultés avec leurs consommations et **comportements addictifs** à travers un meilleur accès aux structures d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives. Cela passe notamment par une mobilisation des consultations jeunes consommateurs, la formation des professionnels de santé, notamment au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB)...
- ⊕ **Sur les questions de sexualité** : l'accès à une contraception adaptée reste une problématique pour les moins de 25 ans. De même, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) demeure une priorité, dans une approche globale de la santé sexuelle.
- ⊕ **Pour les jeunes en souffrance psychique** : Il s'agira de favoriser, en lien avec les services socio-éducatifs, l'organisation d'une filière spécifique de prise en charge psychologique et psychiatrique spécifique aux jeunes et aux adolescents. Il faut pour cela clarifier les points d'accès à cette filière notamment aux urgences, dans les services de pédiatrie et de psychiatrie, et former les professionnels de santé, notamment de ville, pour une meilleure prise en compte des problématiques spécifiques de l'adolescence. A ce titre, la mise en place du dispositif Pass Santé jeune (prise en charge de dix séances de psychologues pour des enfants et jeunes de 6 à 21 ans) constituera un axe prioritaire si l'expérimentation venait à être étendue à d'autres régions.
- ⊕ L'organisation d'un repérage et d'une prise en charge des **troubles des comportements alimentaires** (TCA) constitue également une nécessité. Ce sujet est développé au sein du thème « Santé mentale » (n°12).

Pour l'ensemble de cet axe, des périodes charnières nécessitent une attention plus particulière, notamment l'entrée dans la majorité qui constitue la limite d'âge dans un certain nombre de prises en charge.

L'INDICATEUR DE REALISATION

File active des lieux d'accueil et d'écoute jeunes identifiés par territoire (PAEJ, Maisons des adolescents...)

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan bien-être et santé des jeunes ;
- ⊕ Plan académique santé social ;
- ⊕ Stratégie PJJ promotrice de santé.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Précarité, Addictions, Santé mentale.

Chantier 6 : Réguler les prises en charge de jeunes et d'adolescents en situation complexe

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Deux études menées en 2013 et 2014 par l'ARS et le CREA ont mis en évidence les difficultés de prises en charge de jeunes et d'adolescents cumulant les difficultés (ruptures scolaires, sociales et familiales, troubles du comportement ou de la personnalité handicapants ou non) plus particulièrement pour ceux qui sont pris en charge au titre de l'Aide sociale à l'enfance. Un comité de pilotage a acté la nécessité de constituer des instances partenariales permettant de partager une évaluation de ces situations, d'engager des prises en charges « modulaires » et souples pour répondre aux besoins de ces jeunes.

Pour les jeunes en situation de handicap, des réponses pourront être construites au titre de la « Réponse accompagnée pour tous ». Il demeure néanmoins des jeunes pour lesquels les réponses existantes ne semblent pas adaptées.

Ce travail qui a porté initialement sur les jeunes relevant de l'Aide sociale à l'enfance, pourrait être élargi à d'autres jeunes en difficultés multiples. La durée du Projet régional de santé permettra d'étudier cette perspective d'élargissement.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Systématiser la concertation sur les situations individuelles

- ⊕ Compte-tenu du nombre d'intervenants effectifs ou potentiels autour de ces jeunes, il convient de réunir régulièrement l'ensemble des acteurs notamment pour **partager l'évaluation de ces situations**, et proposer des **prises en charges concertées**. L'échelon **départemental** sera privilégié pour l'organisation de ces concertations.

2. Développer des formations croisées des acteurs de la santé, du social, de l'éducatif et de la justice

- ⊕ Des **formations croisées** favoriseront une meilleure connaissance réciproque des acteurs des différents champs, une compréhension des limites d'intervention de chacun ainsi qu'une approche commune des problématiques de l'adolescence en vue de faciliter la construction de parcours de prises en charges pour ces jeunes.

3. Organiser l'appui et l'accompagnement des professionnels intervenant autour des situations complexes

Ces situations mettent en exergue les difficultés rencontrées par les professionnels intervenant dans la prise en charge de ces jeunes.

- ⊕ Il s'agira ainsi d'outiller les professionnels, y compris les familles d'accueil, notamment pour un **partage et une évaluation** de ces situations, pour une compréhension commune des **situations de crise**, des **procédures facilitant le recours** à certaines prises en charge...

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de situations suivies par les "espaces de concertation" autour des adolescents et jeunes en situation complexe

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- Parcours, Personnes en situation de handicap, Santé mentale.



9 Prévenir et accompagner la perte d'autonomie de la personne âgée

Le contexte

Au cours du précédent PRS, un effort important a été réalisé pour structurer l'offre sanitaire ou médico-sociale, renforcer la qualité et la sécurité des soins et de l'accompagnement. Ainsi, 19 filières gériatriques sont en cours de structuration, 21 MAIA sont déployées sur la région et l'exercice coordonné des professionnels de santé libéraux, avec 86 maisons de santé pluriprofessionnelles, continue son développement. Tout ceci contribue à de meilleures articulations entre les différents acteurs du soin, du médico-social et de l'accompagnement social, dans un environnement caractérisé par une démographie des gériatres en tension malgré l'augmentation des médecins en formation dans cette spécialité.

Aujourd'hui, avec une meilleure espérance de vie, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à exprimer le souhait de rester le plus longtemps possible à domicile. Avec l'âge, leur niveau de dépendance et leurs besoins de soins augmentent dans un contexte moins favorable. La nécessité de changer de lieu de vie, de trouver un logement, un cadre de vie et un environnement social leur permettant de mieux faire face aux difficultés qu'elles rencontrent peut apparaître assez rapidement. En effet, la démographie de certaines professions de santé notamment dans des territoires ruraux isolés est préoccupante. La priorité donnée au respect du libre choix des personnes âgées induit de prévenir le plus tôt possible la perte d'autonomie, et tend à amplifier la demande de soins de premier recours. Elle nécessite une organisation des soins et de l'accompagnement au domicile.

Dans ce contexte, la mise en œuvre d'un pilotage stratégique partagé avec les conseils départementaux est essentielle. Pour ce faire, la démarche d'organisation des parcours des personnes âgées, accompagnée notamment par la méthode MAIA, est privilégiée de manière à améliorer l'offre au bénéfice du projet de vie de la personne âgée.

Une attention particulière devra être portée à ce qui relie la personne âgée à ses proches et à son histoire.

Les finalités

⊕ Prévenir la perte d'autonomie et éviter son aggravation

Les programmes d'actions coordonnés issus des conférences des financeurs, associant les principaux partenaires de la prévention de la perte d'autonomie (Conseil départemental, caisses de retraite obligatoires et complémentaires, ARS...) sont à conforter. Les actions de proximité en matière de repérage précoce de la fragilité et des risques de perte d'autonomie sont à soutenir. Une attention sera également portée à la promotion de diagnostics précoces et de qualité ainsi qu'au développement de l'éducation thérapeutique et d'actions de prévention par les SSIAD, les SPASAD et les EHPAD.

⊕ Faciliter le maintien à domicile par l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement.

Cinq priorités sont retenues pour apporter une palette de solutions en réponse aux besoins des personnes âgées désireuses de demeurer à leur domicile :

- l'organisation de la réponse aux besoins de soins primaires des personnes âgées,



- la recombinaison de l'offre en SSIAD et l'optimisation de l'offre en hébergement temporaire,
- l'adaptation des EHPAD aux nouveaux besoins,
- la poursuite du maillage et le rééquilibrage territorial des dispositifs spécialisés pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives,
- un accès facilité aux soins hospitaliers gériatriques et relevant d'autres spécialités.

Par ailleurs, le plan régional maladies neurodégénératives adopte une approche par pathologies adaptée aux différentes étapes de la vie. Dans ce contexte, une attention particulière est portée aux personnes âgées développant une maladie d'Alzheimer ou apparentées et une maladie de Parkinson.

⊕ **Renforcer le soutien aux aidants.**

Il s'agira, au travers de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, de développer une stratégie en faveur de l'accompagnement des aidants, de renforcer la prise en compte dans les établissements et services de la place de ceux-ci dans l'accompagnement des personnes âgées et d'améliorer la structuration, l'efficacité et l'accessibilité de l'offre de répit. Cet objectif est développé plus globalement au sein du thème n°20 « *Mobiliser l'utilisateur comme acteur en santé* ».

⊕ **Favoriser l'intégration des politiques publiques et des services en faveur de l'autonomie des personnes âgées.**

La mise en place d'instances stratégiques départementales prenant appui sur les pilotes MAIA, la définition de stratégies régionales départementales et territoriales partagées en lien avec les schémas départementaux en faveur de l'autonomie des personnes âgées et la mise en œuvre de projets territoriaux d'intégration participeront de notre volonté d'un pilotage stratégique partagé en coresponsabilité au bénéfice du projet de vie de la personne âgée.

Chantier 1 : Prévenir la perte d'autonomie et éviter son aggravation

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La loi « adaptation de la société au vieillissement » (ASV) et le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie incitent à une prise en compte par toutes les politiques publiques des enjeux du vieillissement et du respect du libre choix de la personne âgée dans son projet de vie. Afin de conforter le rôle social des personnes âgées, la loi ASV promeut en particulier le développement d'une politique de prévention graduée s'adressant à tous :

- Collectivement, avec l'engagement des collectivités à construire un cadre de vie favorable à la santé grâce à des politiques d'urbanisme, de logement et de déplacements adaptés et à développer des politiques sociales et culturelles (cf. thème n°1) ;
- Individuellement, avec une démarche qui tend à prévenir la perte d'autonomie non seulement dès l'apparition des premiers signes de fragilité mais avec une action plus en amont en faveur des comportements favorables à la santé.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Définir une stratégie régionale et départementale de prévention et de promotion de la santé auprès des personnes âgées

Les **conférences des financeurs** de la prévention de la perte d'autonomie définissent des programmes d'actions coordonnés s'appuyant sur des diagnostics co-construits et participant d'une démarche globale de promotion de la santé intégrant le maintien du lien social et l'adaptation de l'environnement.

- ⊕ Les thématiques participant au « bien vieillir » et issues en partie du plan de prévention de la perte d'autonomie seront privilégiées : les actions visant au maintien des **liens familiaux et sociaux** et à la prévention des risques liés à l'isolement, la promotion d'une **alimentation** favorable à la santé pour prévenir la dénutrition, la pratique **d'activités physiques** et sportives dont l'activité physique adaptée prescrite dans certaines pathologies, l'équilibre, la marche et la **prévention des chutes**, la prévention de la **souffrance psychique**, de la dépression et du suicide, la prévention et l'accompagnement des **troubles sensoriels**, la santé **bucco-dentaire**, la promotion d'une vision positive de la **vie affective et sexuelle** des personnes âgées, la prévention de la **iatrogénie médicamenteuse** et la prévention des **troubles cognitifs**.
- ⊕ L'accent sera mis sur les personnes les plus vulnérables et éloignées de l'information et de la prévention. Des démarches innovantes d'accompagnement et d'éducation à la santé seront ainsi menées : alliances inter-générationnelles pour changer les représentations sur le vieillissement, renforcement des capacités (*empowerment*), mobilisation de la e-santé, médiation en santé par les pairs...
- ⊕ Une attention sera également portée sur **l'information et la formation des professionnels** pour mieux les accompagner sur ces différentes thématiques, en particulier sur la **polymédication et la iatrogénie médicamenteuse**.

2. Favoriser le repérage précoce de la fragilité

- ⊕ Des enseignements seront tirés de l'expérimentation mise en œuvre sur trois territoires en matière de repérage précoce des signes de fragilité par les professionnels de santé du premier et second recours, de manière à prévoir les modalités d'un déploiement du repérage de la fragilité avec l'ensemble des acteurs de proximité, notamment les aidants et les acteurs de l'aide à domicile. Une attention particulière sera portée aux structures d'exercice coordonné pour faciliter ce repérage des personnes âgées en situation de vulnérabilité sociale ou en situation d'isolement (Cf. thème n°7).

3. Déployer le dispositif PAERPA

- ⊕ Le dispositif PAERPA est en cours de déploiement sur les **pays de Brocéliande, Vallons de Vilaine et Rennes** dans le prolongement de l'expérimentation mise en œuvre sur St Méen-le-Grand au titre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 **en articulation** étroite avec la démarche **MAIA** et les **PTA** de ces territoires.

4. Eviter l'aggravation de situations déjà caractérisées par une incapacité

- ⊕ En vue de favoriser des diagnostics précoces, une attention particulière sera apportée aux **centres experts**, aux **consultations gériatriques** et aux **hôpitaux de jour**.
- ⊕ L'offre en **éducation thérapeutique** sera favorisée notamment pour les personnes atteintes de maladies neuro dégénératives.
- ⊕ Le développement d'**actions de prévention par les établissements et services** (SSIAD, SPASAD, EHPAD, résidences autonomie) sera soutenu en lien avec l'action des conférences des financeurs et les dynamiques de contractualisation. En outre, le présent objectif participe de l'ouverture des EHPAD vers l'extérieur dans une logique de plateformes de services pour les personnes âgées vivant à leur domicile.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part du financement des conférences de financeurs dédiée au « bien vieillir » : nutrition, activité physique, mémoire, sommeil et bien être, estime de soi

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie ;
- ⊕ Plan régional maladies neurodégénératives 2016-2019.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Précarité, Santé mentale, Démographie des professionnels de santé, Usager acteur en santé, Partenariats.

Chantier 2 : Favoriser le maintien à domicile par l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le maintien à domicile, nécessite une évolution de l'offre ambulatoire, médico-sociale et hospitalière dans le sens d'une plus grande responsabilité territoriale de l'ensemble des acteurs au bénéfice de la continuité des parcours des personnes âgées. Il s'agira de mettre en place par territoire de proximité une offre d'hébergement, de services de soins et d'accompagnement diversifiés et articulés entre eux, qui permette aux personnes âgées de vivre les dernières étapes de leur existence selon leurs choix.

Cette évolution de l'offre favorisera l'intégration des nouvelles technologies et le développement de l'e-santé en faveur des personnes âgées dans ses multiples dimensions : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance et téléassistance médicale, coaching santé des séniors, formation aux nouvelles technologies, adaptation des interfaces aux handicaps (cf. thème n°17 « *Innovation en santé* »). La bientraitance et plus généralement la réflexion éthique et l'amélioration continue de la qualité dans les champs hospitaliers, médico-social et ambulatoire seront traités dans le thème n°16 « *Développer l'amélioration continue de la qualité* » du PRS.

La promotion des droits individuels, la participation au fonctionnement des instances du système de santé, la formation des représentants des usagers et le renforcement de leur contribution à l'amélioration de la qualité du système régional de santé seront traités au sein du thème n°20 « *Mobiliser l'usager comme acteur en santé* ».

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Organiser la réponse aux besoins de soins primaires des personnes âgées

- ⊕ L'accès aux professionnels du premier recours et du second recours et à une **prise en soins coordonnée** à domicile sera favorisé, notamment pour les personnes âgées les plus fragiles. Cette organisation devra permettre une meilleure réactivité en cas de dégradation brutale de la situation de la personne âgée. Cet accès sera facilité par le développement des modes d'exercice coordonné (ESP, MSP et CPTS) et les hôpitaux de proximité, situés à l'interface de la prise en charge post-aiguë et médico-sociale.
- ⊕ Le développement des **plateformes territoriales d'appui** (PTA), dans une perspective de convergence des dispositifs (PTA, PAERPA, MAIA...), permettra d'organiser un appui pour la prise en charge de la complexité.

2. Permettre aux personnes âgées de choisir leur parcours de vie par la mise en place d'une palette de solutions souples, modulaires et articulées

- ⊕ **L'offre en SSIAD** sera analysée en lien avec la stratégie territoriale d'aide à domicile de chaque conseil départemental, afin de promouvoir une meilleure articulation entre l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire (tant ambulatoire qu'en établissement). Les expérimentations SPASAD permettant d'assurer une réponse globale (soins et accompagnement) à la personne âgée seront également évaluées.



- ⊕ **L'offre en accueil temporaire** (hébergement temporaire accueil de jour, accueil de nuit) sera organisée et optimisée de manière à l'inscrire dans une logique de gradation (offre généraliste et spécialisée répondant à des besoins spécifiques), de réactivité et de continuité des prestations
- ⊕ Le développement et la diversification de **l'hospitalisation à domicile (HAD)** seront favorisés notamment en EHPAD (cf. thème n°4.8 « Assurer le développement de l'HAD sur l'ensemble du territoire régional »).
- ⊕ Les interventions des **équipes mobiles de soins palliatifs** en EHPAD et à domicile seront également favorisées (cf. thème n°5 « Assurer l'accès aux soins palliatifs »).
- ⊕ D'une manière générale une attention sera portée d'une part au **renforcement des coopérations à l'échelle infra-départementale** entre les structures d'aide et de soins à domicile (notamment par le déploiement des SPASAD), les structures d'accueil temporaire et les dispositifs d'aide aux aidants et d'autre part au **développement d'organisations innovantes** comme les plateformes de services et l'habitat alternatif/inclusif (habitat partagé...).

3. Faire évoluer l'offre en EHPAD

- ⊕ **L'adaptation des EHPAD aux besoins d'un public plus âgé et dépendant**, ainsi qu'à des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, personnes atteintes de maladies neurodégénératives, personnes avec troubles psychiques, personnes en fin de vie) sera poursuivie. Les personnes âgées devront y trouver des réponses adaptées en ce qui concerne l'accueil de jour, l'accueil temporaire, l'accueil de longue durée, pouvant aller jusqu'à la fin de vie. Ces établissements pourront aussi être des structures d'appui pour les aidants.
- ⊕ Chaque EHPAD devra assurer dans le cadre de filières gériatriques de proximité la formalisation des **coopérations avec les structures hospitalières** afin d'organiser des interventions de professionnels sur site, prévoir l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs et de l'HAD. Le développement de la **télé médecine** devra être également favorisé ainsi que les collaborations avec des professionnels dans le champ du handicap.
- ⊕ Les opérations de **mutualisation et de regroupements** seront encouragées pour consolider l'offre et la rendre plus efficiente.
- ⊕ Un **rééquilibrage territorial de l'offre** sera travaillé avec les conseils départementaux en concertation avec les représentants des résidents et familles. Ceci permettra de renforcer le positionnement des EHPAD en appui des services d'accompagnement à domicile (SSIAD et SAAD) et des résidences autonomie et en tenant compte des évolutions démographiques, des enjeux d'efficacité et de la nécessité d'une articulation avec l'offre d'habitats adaptés (résidences autonomie, résidences seniors...).

4. Poursuivre le maillage et le rééquilibrage territorial des dispositifs spécialisés pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives

- ⊕ Ce **rééquilibrage** s'appuiera sur une meilleure inscription des pôles d'activités et de soins adaptés (**PASA**) et des unités d'hébergement renforcé (**UHR**) dans les filières de soins et d'accompagnement de droit commun et sur une amélioration des modalités du fonctionnement des équipes spécialisées Alzheimer (**ESA**) en SSIAD.

5. Faciliter l'accès aux soins hospitaliers gériatriques et relevant d'autres spécialités

- ⊕ Les **groupements hospitaliers de territoire** (GHT) développeront avec l'ensemble des partenaires du territoire une stratégie concertée de service rendu aux personnes âgées et seront accompagnés dans la mise en œuvre de leur projet médical partagé gériatrique. Celui-ci s'attachera à poursuivre la structuration des filières gériatriques de proximité de manière à mieux gérer les transitions ville-hôpital et ainsi à veiller à bien organiser :
 - **l'accès à l'expertise** gériatrique, géronto-psychiatrique et oncogériatrique en particulier pour les acteurs du premier recours et les acteurs médico-sociaux,
 - les coopérations avec les établissements spécialisés en **psychiatrie**. Il s'agira de favoriser l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes âgées accueillies en EHPAD notamment et inversement l'accès aux EHPAD et aux soins gériatriques pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques.
- ⊕ L'évaluation précoce du potentiel rééducatif des personnes âgées sera favorisé pour assurer une **meilleure pertinence** des adressages entre **SSR** polyvalents et SSR spécialisés (en particulier sur les SSR locomoteurs, neurologiques et personnes âgées polypathologiques), et déployer une culture gériatrique au sein des SSR, notamment en hôpital de jour, de manière à les inscrire dans une **stratégie de prévention et de réhabilitation** supplétive des personnes âgées (cf. thème n°4.2 « Soins de suite et de réadaptation »).
- ⊕ L'offre de soins en unités de soins de longue durée (**USLD**) sera adaptée au regard des **besoins émergents** (population plus jeune, personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives et personnes souffrant de maladies psychiatriques) tout en confortant leurs missions premières et en veillant à leur inscription dans la filière gériatrique.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des services dans l'offre médico-sociale destinée aux personnes âgées

Les liens avec les plans nationaux ou les plans régionaux existants

- ⊕ Plan régional maladies neurodégénératives 2016-2019 ;
- ⊕ Plan national pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement à la fin de vie ;
- ⊕ Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires ;
- ⊕ Plan cancer 2014-2019.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Urgences et permanence des soins, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Soins palliatifs, Parcours, Précarité, Santé mentale, Maladies chroniques, Cancer, Qualité, Innovation, Démographie des professionnels de santé, Usager acteur en santé.

Chantier 3 : Renforcer le soutien aux aidants

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La loi d'adaptation de la société au vieillissement met l'accent sur la nécessité de soutenir les proches aidants qui sont aujourd'hui de plus en plus nombreux « à venir en aide à une personne âgée de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ». Elle donne ainsi une définition du proche aidant et consacre son rôle. A ce titre, elle leur reconnaît un droit à l'information, au répit, conforte et élargit les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants et confie aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie un rôle de coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans l'aide aux aidants.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser la prise en compte dans l'accompagnement des personnes âgées de la place des aidants et de leur complémentarité avec les professionnels

- ⊕ Le **recueil des attentes des personnes aidantes** et l'évaluation de leurs besoins et leurs potentialités seront développés y compris dans les établissements de santé. Ils contribueront à une meilleure identification des ressources nécessaires pour accompagner la personne aidée et seront formalisés dans le volet « aidants » du projet d'accompagnement personnalisé.
- ⊕ Une attention sera portée à la structuration d'un **volet « aidants »** dans les projets institutionnels des **services** d'accompagnement à domicile (SSIAD et SAAD) et des **établissements** d'hébergement pour personnes âgées.

2. Favoriser la prévention, le repérage et la gestion des risques d'épuisement des aidants

- ⊕ La priorité sera donnée au **repérage** par les professionnels des **services d'accompagnement à domicile** (SAAD, SSIAD et SPASAD) et les équipes médico-sociales des **conseils départementaux**. Les aidants seront informés de leurs droits à accéder à des solutions de répit (accueil temporaire en établissement ou famille d'accueil, relais à domicile et autres formules).

3. Définir une stratégie partagée permettant une couverture des besoins en matière d'accompagnement des aidants

Les **conférences des financeurs** ont notamment pour mission de définir des programmes d'actions coordonnés en faveur des aidants.

- ⊕ A ce titre, il s'agira de développer ces programmes en **articulant les différents financements existants** et en intégrant les actions développées dans le cadre des conventions passées par la CNSA avec les Conseils départementaux et les associations et au titre de la mesure 50 du PMND.
- ⊕ Des outils de communication seront diffusés pour renforcer la **lisibilité de ces actions** auprès des aidants, des personnes âgées ainsi que des professionnels.

4. Améliorer la structuration, le fonctionnement et l'accessibilité de l'offre de répit

- ⊕ Une **diversification de l'offre** (accueil de nuit par exemple ou autres formules comme le répit à domicile) sera encouragée ainsi que le développement des complémentarités territoriales.
- ⊕ Une attention sera portée au fonctionnement des **plateformes de répit** existantes et à leur adaptation aux nouveaux besoins des personnes âgées.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part du financement des conférences de financeurs dédiée à l'aide aux aidants

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan régional maladies neurodégénératives 2016-2019.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Démographie des professionnels de santé, Usager acteur en santé.

Chantier 4 : Favoriser l'intégration des politiques et des services en faveur de l'autonomie des personnes âgées

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La méthode MAIA, initiée en 2009, constitue une démarche territoriale, visant à mieux organiser les secteurs sanitaire, social et médico-social, et à assurer la continuité du parcours d'aide et de soins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le déploiement des MAIA en Bretagne s'est appuyé sur la mise en place de concertations départementales et une volonté d'articulation avec les dispositifs de coordination existants. Dans un contexte plus général de mise en cohérence et de convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale (PTA, PAERPA, MAIA), il convient aujourd'hui d'accentuer cette dynamique d'intégration et de mettre en œuvre des stratégies départementales partagées d'évolution de l'offre au bénéfice de l'utilisateur. Ces stratégies départementales devront s'inscrire dans une politique régionale et s'appuieront sur les travaux développés par les acteurs au sein des tables de concertations tactiques.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Mettre en place les modalités d'un pilotage stratégique partagé de l'organisation des établissements, services et interventions en faveur des personnes âgées

- ⊕ La mise en place des **instances stratégiques départementales** sera poursuivie et prendra appui sur les pilotes MAIA.

2. Définir une stratégie régionale, départementale et territoriale partagée d'amélioration du service rendu aux personnes âgées

- ⊕ Des **diagnostics partagés** seront réalisés à l'échelle régionale, départementale et territoriale. Ils auront vocation à mettre en perspective l'offre ambulatoire, d'accompagnement médico-social et social et hospitalière et les dispositifs de coordination / intégration.

Ils permettront le repérage des inadéquations et manques, des dysfonctionnements organisationnels et des besoins émergents de la personne âgée. Les risques de ruptures seront ainsi documentés et objectivés en vue de définir des leviers d'action pour faire évoluer l'offre et les pratiques.

Ces diagnostics sont conçus comme des bilans partagés des besoins et des ressources au travers d'une concertation avec l'ensemble des acteurs participant à l'appui au parcours des personnes âgées. Ils constitueront un cadre structurant pour la mise en œuvre d'une évolution de l'offre.

- ⊕ Sur cette base, des **feuilles de route** départementales et territoriales partagées seront élaborées en déclinaison du PRS et en cohérence avec les schémas départementaux.

3. Poursuivre le déploiement de la démarche d'accompagnement des MAIA

- ⊕ Afin de favoriser l'appropriation de la méthode par l'ensemble des acteurs et d'améliorer l'efficacité des différents mécanismes de l'intégration, **l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route support d'un projet de territoire** sera impulsée par chaque pilote MAIA en lien avec les acteurs du territoire.

Ce projet visera à améliorer les articulations entre les opérateurs, rechercher une convergence des évaluations mises en œuvre et supprimer les redondances d'interventions, favoriser l'adaptation de l'offre dans les champs sanitaires, social et médico-social et le développement de solutions innovantes au bénéfice du parcours de la personne âgée.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des MAIA ayant une feuille de route validée en instance stratégique départementale

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national maladies neuro-dégénératives 2016-2019 ;
- ⊕ Plan national pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement à la fin de vie ;
- ⊕ Plan cancer 2014-2019 ;
- ⊕ Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Organisation des soins de proximité, Parcours, Précarité, Personnes en situation de handicap, Démographie des professionnels de santé, Usager acteur en santé, Partenariats.



10 Apporter à chaque personne en situation de handicap une réponse adaptée

Le contexte

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a apporté des évolutions majeures pour répondre aux attentes et besoins des personnes en situation de handicap. Cependant, de nombreux parcours de vie de personnes handicapées et de leurs aidants demeurent complexes et sont facteurs de rupture sociale. L'enjeu est de bâtir collectivement des solutions décloisonnées dans l'environnement le plus proche possible d'une vie ordinaire, s'appuyant sur l'expertise des personnes et de leurs familles. La réponse sous forme de « places » ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des besoins et aspirations des personnes. L'offre d'établissements et de services doit évoluer vers des solutions plus personnalisées. Ces réponses ne peuvent être construites qu'en concertation avec tous les partenaires concernés, institutionnels, opérateurs et usagers.

La politique nationale récente confirme ces orientations en se dotant des démarches et des leviers (Réponse accompagnée pour tous, CPOM...) nécessaires pour mener à bien l'adaptation de l'offre sur les territoires. Celle-ci est reprise dans chacun des plans nationaux thématiques déclinés régionalement à destination des personnes en situation de handicap et de leurs aidants.

La mise en œuvre de ces nouvelles orientations politiques se fera dans le respect du principe d'équité et par la recherche d'une meilleure répartition territoriale de l'offre.

Elle devra aussi passer par une communication sur les dispositifs d'accompagnement proposés aux personnes en situation de handicap.

Les finalités

L'évolution de l'offre en faveur des personnes en situation de handicap sera poursuivie à travers les cinq chantiers prioritaires suivants :

- ⊕ **Contribuer à la construction d'une société plus inclusive**, s'appuyant sur la participation des personnes et des aidants aux décisions qui sont prises en développant une politique incitative de formation au profit des professionnels et des aidants. (chantier 1 et 4), et sur la transformation de l'offre médico-sociale (chantier 3).
- ⊕ **Apporter des réponses pertinentes aux besoins des personnes et prévenir l'épuisement de leurs aidants**, en privilégiant autant que possible les solutions dans le milieu de vie ordinaire, en veillant à éviter les ruptures et en inscrivant les interventions (sanitaires, sociales et médico-sociales) dans une dynamique qui a du sens pour la personne (chantier 1, 3 et 5), tout en garantissant la liberté de choix des personnes et des familles.
- ⊕ **Mettre en place avec les partenaires des organisations permettant de mieux coordonner les accompagnements** des différents acteurs et d'éviter les ruptures de parcours, dans une logique de coresponsabilité et de contractualisation (chantier 2).

Chantier 1 : Apporter une réponse accompagnée construite avec la personne et son entourage

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Toute personne en situation de handicap doit pouvoir bénéficier d'une réponse individualisée et accompagnée dans le temps lui permettant de s'inscrire dans un parcours conforme à son projet de vie, quelles que soient la gravité ou la complexité de sa situation. Telle est l'ambition de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT) qui s'adresse à toute personne bénéficiaire d'une décision d'orientation en établissement ou service médico-social (ESMS) qui ne peut immédiatement être mise en œuvre.

Cette démarche rénove le processus d'orientation par les MDPH, au moyen du dispositif d'orientation permanent (DPO) qui vise à apporter une réponse globale et évolutive aux besoins de la personne en tenant compte de son environnement. C'est dans ce cadre que des réponses nouvelles seront construites (hébergement de transition, plateforme de services, coordination spécialisée...).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser l'autonomie et la participation des personnes et de leurs représentants

- ⊕ Renforcer la formation des professionnels aux techniques, outils et organisations favorables à la participation des personnes et de leur entourage ;
- ⊕ Développer des démarches de renforcement des capacités des usagers (« empowerment ») et faciliter le recours à l'expertise des usagers, en s'appuyant notamment sur les associations de personnes en situation de handicap ;
- ⊕ Développer l'accompagnement par les pairs notamment grâce aux groupes d'entraide mutuelle.

2. Renforcer le soutien aux aidants

Les aidants jouent un rôle essentiel auprès des personnes accompagnées qu'il est important de soutenir pour prévenir le risque d'épuisement.

- ⊕ Reconnaître le rôle et **l'expertise des aidants** ;
- ⊕ Soutenir les aidants par des actions de **formation, d'information et de sensibilisation** en privilégiant des formations croisées avec les professionnels ;
- ⊕ Donner de la **lisibilité** sur l'organisation et le fonctionnement de **l'offre de répit**.

Cet objectif opérationnel est développé au sein du thème n°20 « Mobiliser l'utilisateur comme acteur en santé ».

3. Contribuer au déploiement du dispositif permanent d'orientation

- ⊕ Il y a lieu d'accompagner le déploiement du « dispositif permanent d'orientation » qui prévoit un double niveau d'orientation :

- o une **orientation cible** prise sans être limitée par l'offre disponible, par seule référence aux attentes et besoins des personnes, précisant la nature et l'intensité des mesures attendues et incluant l'ensemble des aspects soignants, éducatifs, professionnels ;
- o un **plan d'accompagnement global** (PAG) qui traduit la décision d'orientation et fixe les engagements de chacun en fonction des réponses du moment disponibles et adaptées.

Ce nouveau processus d'orientation renforce l'interaction entre les acteurs et leur implication dans le devenir de la personne. **La MDPH y joue un rôle de maître d'œuvre.**

- ⊕ Des **démarches de communication adaptées** vers les personnes en situation de handicap et leurs aidants viendront renforcer le déploiement de ce dispositif.
- ⊕ Les **systèmes d'information harmonisés des MDPH** et le **système de suivi des orientations et de gestion des listes d'attente**, ainsi que la **nomenclature SERAFIN PH** seront des leviers importants pour rendre effectif ce dispositif d'orientation et son suivi. L'ensemble des institutions œuvreront à la construction de réponses personnalisées, en sollicitant les opérateurs.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Pourcentage de personnes en situation de handicap sans solution

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Stratégie quinquennale en matière d'évolution de l'offre ;
- ⊕ Stratégie nationale de soutien aux aidants des personnes en situation de handicap Plan d'actions régional autisme 2014-2017 ;
- ⊕ Schéma national handicaps rares 2014-2018.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Parcours, Santé mentale, Usager acteur en santé.

Chantier 2 : Promouvoir et organiser des modalités de travail plus intégrées entre acteurs

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La régulation du secteur médico-social fait intervenir de nombreux acteurs institutionnels. Par ailleurs, les réponses définies au regard des besoins et attentes des personnes mobilisent un nombre important d'acteurs et d'opérateurs de différents secteurs (social, médico-social, éducatif, premier recours, hospitalier, logement, emploi).

L'accompagnement global des personnes en situation de handicap nécessite d'organiser ou de renforcer le processus de co-construction et de concertation entre les acteurs institutionnels et les opérateurs. Celui-ci ne peut se faire sans associer les représentants des personnes et de leurs familles. Cette rénovation de la gouvernance vise à mieux articuler les politiques et les stratégies des institutions et des opérateurs, à mieux ordonner l'offre de services pour prévenir les situations de rupture. Ceci passe par une meilleure connaissance de l'offre et des besoins sur les territoires pour proposer des réponses adaptées.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Les principes d'une gouvernance partagée sont posés dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et seront inscrits, dans chaque contrat partenarial négocié au niveau départemental.

1. Organiser la gouvernance institutionnelle : les instances stratégiques

- ⊕ Les acteurs institutionnels se réunissent au sein d'une **instance stratégique à l'échelle départementale**, espace privilégié pour bâtir cette politique plus intégrée.
- ⊕ Ce travail se traduira concrètement par la formalisation d'une **feuille de route conjointe** relative à l'évolution de l'offre médico-sociale mais également de l'offre d'inclusion (offre de soins, logement, éducation, emploi...).

2. Structurer des nouveaux espaces de travail entre opérateurs : les instances de concertation territoriales

Dans un souci d'efficacité et d'optimisation des accompagnements, le besoin émerge de structurer des espaces de travail entre opérateurs.

- ⊕ L'objectif est ainsi de structurer, à un **niveau de proximité** qui peut correspondre au périmètre des territoires définis dans le cadre du chantier 3 sur l'évolution de l'offre, des « **instances de concertation** » réunissant les acteurs de différents secteurs (1er recours, hospitaliers, sociaux, médico-sociaux, Education Nationale), avec une possible ouverture aux professionnels du milieu ordinaire.

Ces instances auront notamment pour objectifs de **renforcer la coordination** de ces acteurs avec et autour de la personne, de mieux articuler les accompagnements, de **définir un socle minimum de protocoles ou procédures**. Elles constitueront également un espace privilégié pour réfléchir à l'évolution de l'offre pour favoriser des réponses plus innovantes, mais également pour identifier une offre de recours et d'appui.

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Stratégie quinquennale en matière d'évolution de l'offre.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Parcours.

Chantier 3 : Faire évoluer l'offre médico-sociale de manière à répondre aux enjeux de modularité, de gradation et de qualité

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'enjeu principal est de disposer d'une offre médico-sociale (établissements, services, dispositifs d'accompagnement) équitablement répartie sur le territoire breton et permettant de composer des réponses en adéquation avec les besoins des personnes et de leurs aidants, en articulant les ressources territoriales entre elles. Une approche graduée des réponses par niveau et fréquence de recours sera privilégiée. L'offre médico-sociale doit prioritairement évoluer de manière à renforcer l'accompagnement dans le milieu de vie ordinaire et permettre le plus large accès aux dispositifs de droit commun. L'accès aux dispositifs spécialisés sera développé pour répondre aux besoins spécifiques des personnes accompagnées qui ne trouvent pas de réponse adaptée en milieu ordinaire.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Améliorer la répartition et l'organisation territoriale de l'offre à l'échelle d'un territoire de référence

- ⊕ Il s'agira de rechercher pour mieux programmer l'offre d'accompagnement, en lien avec les Départements, une **territorialisation de référence** qui puisse :
 - Etre en proximité,
 - Concerner l'offre destinée aux enfants, et aux adultes et aux aidants,
 - Etre en cohérence avec les autres découpages territoriaux (Education nationale, action sociale départementale, psychiatrie...),
 - Faciliter le travail inter-associatif et la complémentarité de l'offre.
- ⊕ Une **répartition territoriale équilibrée de l'offre** sera recherchée au sein de ce territoire :
 - En identifiant les disparités de dotations au niveau régional, entre départements puis entre territoires,
 - En identifiant un niveau de dotation socle par territoire et par catégorie d'établissements et de services et en prenant en compte la notion de complémentarité entre offreurs (hospitaliers, libéraux, autres offres médico-sociales),
 - En identifiant par territoire des ressources de médicalisation socle à mutualiser entre établissements,
 - Et en définissant une offre de réponse territoriale pour l'accueil non programmé ou «réponse à l'urgence médico-sociale ».

2. Améliorer le service et les prises en charge

La **recherche d'efficience** se traduit par une meilleure adéquation des réponses aux potentialités des personnes, une amélioration du niveau d'accompagnement afin d'augmenter la capacité d'accueil pour les situations complexes et une optimisation de l'occupation des places.

- ⊕ Un travail sera engagé avec les MDPH sur le parcours des personnes orientées en établissement afin de **privilegier l'accompagnement en milieu ordinaire** dès qu'il est possible, sous réserve de l'assentiment des personnes et de leurs familles.
- ⊕ Les **indicateurs** par catégorie d'établissements et de services seront actualisés pour mieux suivre l'amélioration de la qualité des prestations et le respect de l'équité territoriale
- ⊕ Une réflexion sera menée sur les **mutualisations et les regroupements** possibles entre gestionnaires dans un objectif d'amélioration de la qualité du service rendu à la population et d'efficience des prestations.
- ⊕ Dans un souci de **gradation de l'offre**, l'offre de recours et d'appui sera identifiée sur chaque territoire et son accès sera protocolisé.
- ⊕ Pour faciliter les changements en cours dans le secteur médico-social, les professionnels seront accompagnés pour assurer la nouvelle fonction de **coordonnateur de parcours**, formés et outillés pour anticiper et accompagner les « **comportements problèmes** » et la **gestion de la douleur**.

3. Développer l'offre modulaire

Cette offre permettra d'articuler les interventions de plusieurs professionnels, de séquencer celles-ci dans le temps en fonction des besoins de la personne.

- ⊕ **L'accueil non programmé** ou réponse à l'urgence médico-sociale doit être présent dans tous les territoires, de même que les **réponses de transition** et l'offre **d'accueil temporaire** qu'il convient de clarifier, de structurer et de rendre lisible par le biais d'un plan régional avec les conseils départementaux.
- ⊕ Les **pôles de compétences et de prestations externalisées** (PCPE) sont mis en œuvre sur chaque département. Ils visent le maintien à domicile, l'accompagnement à domicile dans l'attente d'une réponse en établissement et l'anticipation des ruptures de parcours par l'apport d'une réponse renforcée aux besoins de la personne via une palette de prestations à domicile combinées entre elles,
- ⊕ les **dispositifs intégrés ITEP** (instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) se déploient progressivement sur les quatre départements bretons. Ils visent notamment à favoriser la souplesse dans les différents accompagnements (SESSAD, hébergement temporaire ou permanent, accompagnement à la scolarité adapté...) apportés aux jeunes concernés.

LES INDICATEURS DE REALISATION

File active cumulée des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

Part dans l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- Stratégie quinquennale en matière d'évolution de l'offre – volets polyhandicap et handicap psychique ;
- Stratégie nationale de soutien aux aidants des personnes en situation de handicap ;
- Plan d'actions régional autisme 2014-2017 ;
- Schéma national handicaps rares 2014-2018 ;
- Plan d'actions régional maladie neuro-dégénératives 2016-2018.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- Santé mentale.

Chantier 4 : Garantir l'accès à un panier de soins et de services pour faciliter l'inclusion des personnes

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Il est nécessaire de définir le contenu d'un panier de soins et de services sur chaque territoire qui recouvre les différentes dimensions des parcours individuels : le soin, la scolarisation, la vie professionnelle, la participation à la vie sociale. L'implication de tous les partenaires institutionnels concernés est nécessaire pour répondre aux enjeux d'inclusion, d'accessibilité et d'égalité d'accès à l'offre. Il est en effet essentiel que les personnes concernées aient un plein accès à la prévention et aux soins, tant en secteur public que privé ou libéral, en établissement ou en ambulatoire.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap

La définition d'une politique globale partagée sur l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap s'articulera autour des cinq sous-objectifs :

- ⊕ Améliorer l'accès aux soins préventifs et l'éducation à la santé des personnes en situation de handicap sur des thématiques variées comme **l'hygiène bucco-dentaire**, la **nutrition**, **l'activité physique**, les **conduites addictives**, l'environnement favorable à la santé, par des outils et des méthodes de communication adaptés y compris en milieu professionnel. Il convient également de promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes en situation de handicap, prenant en compte le droit à l'intimité, la vie relationnelle et sexuelle, et de favoriser l'accès à une offre de prévention et de soin en santé sexuelle au sein des établissements, en application de la charte Romain Jacob.
- ⊕ **Sensibiliser et former les professionnels de santé et de l'accompagnement** médico-social à l'accueil et à la prévention et à la prise en charge des accompagnements complexes chez les personnes en situation de handicap en y associant les aidants.
- ⊕ **Garantir l'accès aux soins et examens courants** (médecin traitant, spécialistes, chirurgie dentaire, imagerie médicale...), notamment par le déploiement de dispositifs de **consultations dédiées**, par l'adaptation de l'accueil des personnes au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), etc.
- ⊕ Améliorer l'accueil et les soins des personnes et favoriser une prise en charge coordonnée **au sein des établissements de santé** conformément aux préconisations de la Haute autorité de santé.
- ⊕ Assurer un maillage territorial respectant le principe de **gradation des soins** et renforcer la coordination des acteurs de la prise en charge.

2. Développer l'inclusion scolaire

- ⊕ L'accès aux apprentissages et à la scolarisation de l'ensemble des enfants et des jeunes sera poursuivi en **favorisant la scolarité en milieu ordinaire**. La coopération entre établissements scolaires et établissements et services médico-sociaux permettra d'y parvenir, notamment par l'externalisation des unités d'enseignement, la mise en place des formations croisées et le déploiement des parcours modulaires (milieu ordinaire – milieu spécialisé).

3. Favoriser l'insertion professionnelle

- ⊕ L'accès à l'emploi ordinaire, l'accompagnement et le maintien à l'emploi seront favorisés.
- ⊕ Les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire seront développées.
- ⊕ La formation et accompagnement des professionnels des ESAT seront développés pour améliorer la prise en compte des besoins, de l'expression et des droits des personnes se trouvant dans la double situation de travail et de handicap.
- ⊕ L'accompagnement du retour à l'emploi après un accident de la vie sera renforcé.

4. Développer une offre diversifiée de logements adaptés

- ⊕ La diversification de l'offre d'hébergement passera par le développement de l'habitat inclusif, qui fait du lieu de vie et d'habitation de la personne son logement personnel, et conjugue les réponses aux besoins de logement, d'aide et d'accompagnement. Par une insertion active dans le voisinage, la vie de quartier, l'environnement de proximité, il permet de combiner vie autonome et sécurisation de l'environnement.

5. Favoriser l'accès aux activités qui permettent de construire du lien social

- ⊕ La pratique sportive au sein des établissements et services médico-sociaux et l'accès aux structures sportives seront développés. L'accès à la culture et aux loisirs seront également favorisés.
- ⊕ Véritable vecteur d'autonomie de la personne handicapée, l'accès à la mobilité et aux transports favorise la mise en place de son projet de vie. Toutefois en raison d'une hétérogénéité des pratiques, de la pluralité des financeurs, elle nécessite une mobilisation des collectivités territoriales, des gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux pour la recherche d'actions d'amélioration.
- ⊕ Enfin de manière globale, il importe de développer la sensibilisation des professionnels des différents milieux (scolaire, universitaire/enseignement supérieur, professionnel, de soins...) pour favoriser l'intégration dans la cité des personnes en situation de handicap.

Les contrats locaux de santé constitueront à cet égard un levier pour mettre en œuvre les objectifs d'inclusion sociale de la personne en situation de handicap.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de scolarisation à l'école (en dehors d'une unité d'enseignement implantée en établissement) des enfants accompagnés en établissement spécialisé

Les liens avec les plans nationaux ou les plans régionaux existants

- ⊕ Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale ;
- ⊕ Démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap ;

- Stratégie nationale de santé sexuelle ;
- Plan d'actions régional autisme 2014-2017 (accompagner tout au long de la vie) ;
- Schéma national handicaps rares 2014-2018 ;
- Plan d'actions régional maladie neuro-dégénératives 2016-2018 (faciliter l'accès aux consultations de premier recours).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- Promotion de la santé, Partenariats.

Chantier 5 : Assurer la continuité des parcours de vie aux âges-charnières

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le parcours de vie de chaque personne est marqué par des étapes qui peuvent être déstabilisantes pour la personne et pour ses aidants et sources de rupture si elles ne sont pas suffisamment anticipées. En effet, elles nécessitent une forte articulation des acteurs, une anticipation de l'évolution des besoins, la réalisation d'évaluations, la modification du projet de vie... Les enjeux portent donc sur la coordination des acteurs, la complémentarité des accompagnements, la recherche de solutions innovantes, l'anticipation du passage de relais, la réduction des délais d'attente, et ce afin de garantir un parcours de vie fluide.

Les trois grandes périodes de la vie identifiées sont celles de la petite enfance (0-6 ans) avec des enjeux forts sur la prévention et l'orientation ; l'adolescence et le passage à la vie d'adulte, période où l'accent doit être mis sur l'anticipation et la formalisation d'un projet d'accompagnement en adéquation avec les aspirations du jeune ; le vieillissement des personnes, qu'il convient d'anticiper et d'accompagner par des solutions adaptées et visant le maintien de l'autonomie.

Ce chantier s'inscrit dans le prolongement des actions menées dans le cadre du précédent schéma régional de l'offre médico-sociale qu'il convient de rendre plus lisibles et de poursuivre en collaboration avec les partenaires institutionnels.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer la coordination entre les acteurs du dépistage et de l'accompagnement des 0-6 ans

Le champ de la petite enfance est composé de nombreux intervenants : services de protection maternelle et infantile (PMI), centres d'action médico-social précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogique (CMPP), services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), secteur libéral, réseaux...

- ⊕ La coordination et la complémentarité entre ces acteurs sera poursuivie par un **renforcement de la structuration du repérage** des troubles et par une **meilleure orientation** des enfants.

En effet, la qualité des collaborations entre tous les professionnels de la petite enfance, et la qualité des passages de relais, notamment entre CAMSP et SESSAD, permettent d'éviter les ruptures dans l'accompagnement des enfants et des familles. Cette collaboration est la condition indispensable pour que les CAMSP puissent accueillir précocement et de façon réactive les jeunes enfants au moment de l'annonce d'un trouble du développement. Par ailleurs la nécessaire collaboration entre les réseaux, les structures de la petite enfance, les CAMSP et les professionnels libéraux, nécessite que soient reconnues sans ambiguïté les prises en charge complémentaires en libéral, ces collaborations étant indispensables pour apporter des réponses réactives et de proximité pour les enfants qui le nécessitent.

- ⊕ L'accent sera également mis sur **l'accompagnement des parents** en soutenant des actions de guidance parentale et de soutien à la parentalité.

Ces orientations sont également inscrites dans le thème n°8 « Périnatalité et santé des enfants et des jeunes » et seront mises en œuvre dans le cadre de cette dernière en cohérence avec les réflexions et travaux menés dans le champ du handicap.

2. Accompagner les 14-25 ans dans la construction et la réalisation d'un parcours adapté

- ⊕ Afin de mieux préparer le jeune à sa nouvelle vie d'adulte, les **modalités d'accompagnement souples et innovantes** seront encouragées :
 - L'accompagnement en formation, en apprentissage, en alternance, en milieu de travail ;
 - Le repérage des partenaires acteurs du parcours des jeunes ou porteurs de réponse adaptée ;
 - Le développement par les ESMS de modalités d'accompagnement innovantes, équitablement réparties sur le territoire breton, visant à renforcer l'insertion en milieu ordinaire ;
 - La formalisation des accompagnements connexes nécessaires dans le cadre des périodes de stage (accompagnement pour le quotidien, logement lors du stage...)
- ⊕ Des actions viseront à **lever les freins** réglementaires et financiers **qui peuvent bloquer les initiatives** des acteurs. Il s'agira par exemple de définir des dérogations d'âge pour des accompagnements ponctuels liés à des périodes d'observation et pour permettre aux étudiants ou jeunes en apprentissage d'être accompagnés par des services adultes. Ces dérogations seront négociées dans le cadre des contrats partenariaux prévus par la démarche RAPT.

Cette politique en faveur des 14-25 ans sera co-construite avec les conseils départementaux.

3. Anticiper les conséquences du vieillissement et adapter les accompagnements

Un certain nombre d'actions ont d'ores et déjà été engagées en matière d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes dans le cadre du précédent schéma.

- ⊕ **L'adaptation et la diversification de l'offre** d'accompagnement sera poursuivie en concertation avec les conseils départementaux. Il s'agira :
 - D'**anticiper les conséquences du vieillissement** des personnes, par un repérage de ces signes et effets,
 - D'**accompagner la transition** des travailleurs handicapés travaillant en ESAT,
 - D'**adapter les accompagnements**, en veillant à la formation des professionnels et à proposer des **réponses graduées**.

Pour plus de lisibilité, ces orientations seront inscrites dans une politique régionale partagée, élaborée en concertation avec les conseils départementaux.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de personnes en situation de handicap de plus de 20 ans accueillies au sein d'établissements et services pour enfants

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- Stratégie quinquennale sur l'évolution de l'offre médico-sociale - volet polyhandicap ;
- Plan d'actions régional autisme 2014-2017 ;
- Schéma national handicaps rares 2014-2018.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- Périnatalité-Enfants-Jeunes, Personnes âgées, Santé mentale.

11 Renforcer la prévention et adapter les interventions à la diversité des addictions

Le contexte

Le champ des addictions comporte des addictions avec produits (alcool, tabac, produits illicites, médicaments), des addictions sans produit (addictions aux jeux, comportementales...) mais reste évolutif. Les connaissances, les concepts et les recommandations évoluent mais incitent à poursuivre les travaux engagés dans le premier PRS.

Ces addictions posent en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux, individuels et collectifs, à court terme et à long terme. Elles nécessitent donc des actions coordonnées à la hauteur des enjeux.

La Bretagne est particulièrement concernée par les problématiques addictives ; elle se différencie de la moyenne française par des pratiques plus à risques et une expérimentation plus précoce chez les jeunes. Pour quatre des cinq indicateurs retenus chez les jeunes de 17 ans, la Bretagne se situe au-dessus de la moyenne nationale : usage régulier d'alcool (17 % contre 12,3 %) ; alcoolisations ponctuelles importantes (37 % contre 21,8 %) ; tabagisme quotidien (37 % contre 32,4 %) ; et usage régulier du cannabis (11 % contre 9,2 %). Pour les adultes, les mêmes tendances sont constatées surtout chez les hommes.

Ces niveaux de consommation ont des conséquences importantes tant sanitaires que sociales ou légales (nombre de séjours hospitaliers et taux de recours aux dispositifs spécialisés, mortalité par cancers, accidentologie, interpellations pour ivresses publiques manifestes...). La mortalité en lien avec une conduite addictive est la première cause de mortalité prématurée évitable dont près de 40 % des décès par cancers. 22 % des décès des 15-34 ans sont attribuables à l'alcool.

Depuis l'élaboration du PRS 2012-2016, trois plans nationaux concernant la thématique « addictions » sont parus : plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDECA), plan cancer 2014/2019 et plan national de réduction du tabagisme (PNRT) de 2015. La loi de santé de janvier 2016 comporte de nombreux articles relatifs aux conduites addictives, et au parcours de santé.

Toutes les formes d'addictions seront concernées dans le présent projet régional de santé.

Les finalités

Il s'agira prioritairement de :

- ⊕ **Mieux structurer les démarches préventives** auprès des publics les plus fragiles et **améliorer l'organisation des soins et d'accompagnement de façon graduée et complémentaire** sur chaque territoire ; en particulier en favorisant la place des professionnels de premier recours, et renforçant la place des patients ;



- ⊕ **Mobiliser les institutions partenaires de l'ARS pour renforcer la complémentarité**, la cohérence des actions et des leviers dans les articulations santé-justice et santé-social ;
- ⊕ **Travailler sur les représentations sociales**, nombreuses dans le champ des addictions, pour diminuer les inégalités de prise en compte des besoins des patients et leur entourage.

Chantier 1 : Prévenir les conduites addictives et diminuer les risques et les dommages qui y sont liés

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les jeunes bretons ont une perception moindre du risque lié aux consommations de tabac et de cannabis. Ils sont consommateurs plus réguliers d'alcool que la moyenne nationale. Ces données varient en fonction du contexte culturel, social et familial. Ainsi, par exemple, l'usage régulier d'alcool est deux fois plus fréquent chez les apprentis que chez les lycéens.

Un certain nombre d'actions de prévention des conduites addictives sont déjà développées. Toutefois, il convient de les cibler davantage sur les âges charnières et pour les jeunes plus à risques, de veiller à la continuité de ces interventions.

La réduction des risques (RdR) est une approche complémentaire de la prévention, prenant en compte les consommations existantes et s'adaptant aux possibilités d'agir de la personne

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer des programmes de prévention adaptés aux territoires

Ces programmes doivent **cibler** de façon concomitante les **jeunes**, les **parents** et les **adultes en contact avec les jeunes**, pour retarder les premières consommations et diminuer les conduites à risques.

Les actions ciblant les jeunes permettront de **renforcer leurs compétences psychosociales** ; elles s'inscrivent dans la durée et s'adaptent à l'âge d'entrée dans les consommations : par exemple, pour le tabac, des interventions dès l'âge de 10 - 12 ans.

Les actions en direction des parents viseront à renforcer leur capacité à communiquer, à fixer des limites et gérer les conflits.

Les acteurs des territoires (élus, professionnels des secteurs sanitaires, éducatifs, sociaux, consultations jeunes consommateurs...) seront associés en complément de ceux de l'école.

Une attention particulière sera portée aux enjeux **partenariaux** suivants :

- o Pour les **jeunes scolarisés**, mieux articuler ces programmes aux parcours éducatifs en santé et veiller à une continuité des approches avec les intervenants hors école (périscolaire, loisirs) ;
- o Pour les **étudiants**, coordonner l'animation de ces programmes avec les services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SIMPS) ;
- o Pour les **apprentis**, veiller à la continuité des interventions dans les entreprises qui accueillent ces jeunes.

Ces programmes devront également être adaptés aux **jeunes les plus en difficulté** ou les plus éloignés du système de santé notamment les jeunes en situation d'insertion, les jeunes sous main de justice.

La prévention des conduites addictives, concerne également les publics prioritaires que sont les **femmes en périnatalité, les détenus, les publics précaires et les patients atteints de cancers**.

Chaque programme devra être évalué, tant sur les processus que sur les effets.

2. Former les acteurs en contact avec les jeunes

La qualité des actions repose en grande partie sur la qualité des intervenants. Cela passe par une poursuite du développement de la formation notamment au repérage précoce. De manière générale, cet objectif visera à :

- ⊕ Identifier des **formateurs régionaux** ;
- ⊕ Elaborer un cahier de charges et des **outils communs** de formation ;
- ⊕ Mettre en œuvre des actions de formation **de proximité**.

S'agissant des professionnels de l'école, le programme de formation se fera en lien avec le plan académique santé-social.

S'agissant des professionnels de santé (santé scolaire, médecine universitaire, consultations jeunes consommateurs...) il y aura lieu de développer le repérage précoce et l'entretien motivationnel.

3. Développer des actions de réduction des risques sur l'ensemble du territoire breton

- ⊕ Identifier clairement un référentiel en matière de **distribution du matériel de réduction des risques** notamment lors d'évènements festifs ou dans l'espace public ;
- ⊕ Favoriser la compréhension par le public visé de la réduction des risques ;
- ⊕ Former les professionnels sur la base de concepts et d'outils validés (équipes de soins, pharmacies d'officine, milieu festif, milieu carcéral...).

4. Développer des programmes de réduction du tabagisme à destination des publics prioritaires

La prévention du tabagisme concerne les jeunes, mais passe également par des actions visant à diminuer les consommations dans leur entourage, qui constitue une sphère d'influence importante.

Les autres publics prioritaires sont les femmes en périnatalité, les personnes détenues, les publics précaires et les patients atteints de cancers.

- ⊕ L'objectif est de renforcer voir systématiser **le repérage** du tabagisme, et de proposer délivrer une **information** claire et personnalisée sur les risques du tabac, les bénéfices de l'arrêt et les moyens d'arrêter, de faciliter l'accès des personnes à une démarche d'arrêt. Les actions viseront à mieux **comprendre** les freins à l'arrêt, à **informer** les publics, **mobiliser et former les professionnels** de santé, et développer les lieux de santé sans tabac.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Prévalence régionale du tabagisme des 18-75 ans

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ;
- ⊕ Plan national de réduction du tabagisme ;
- ⊕ Plan Cancer ;
- ⊕ Plan académique santé-social de Bretagne.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Maladies chroniques, Partenariats.

Chantier 2 : Garantir un accès aux soins et un accompagnement de qualité sur chaque territoire

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'information des patients, le repérage des consommations à risques, l'orientation mais aussi le suivi dans la durée et dans les phases sensibles comme le sevrage, l'accompagnement de l'entourage donnent un rôle central au médecin traitant. Or malgré le nombre de personnes concernées dans leur patientèle, les médecins généralistes et les professionnels de premier recours peuvent rencontrer des difficultés dans l'organisation de la prise en charge de cette population.

Les conduites addictives justifient, de par leur impact sur la santé de la population et la spécificité de leur prise en charge, une organisation sur chaque territoire associant de façon coordonnée l'offre médico-sociale spécifique et l'offre sanitaire spécialisée.

L'offre médico-sociale spécifique addictions est composée de quinze centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), quatre centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et vingt-sept consultations jeunes consommateurs (CJC), ainsi que d'antennes et consultations de proximité, de création très récente. Un accompagnement sera nécessaire pour intégrer les nouvelles missions qui incombent aux CSAPA telles que la prévention et les liens avec le premier recours.

Par ailleurs, une offre hospitalière en addictologie est présente dans tous les territoires de santé mais de manière hétérogène quant à la spécialité (psychiatrique ou médicale) le niveau de prise en charge (sevrages simples ou complexes) ou les modes d'hospitalisation proposés (de jour ou complète). Les taux de recours, au sein des territoires sont variables, et témoignent ainsi de la nécessité de bien définir la place de chaque maillon de l'offre et d'harmoniser les pratiques. La Bretagne dispose également d'une offre de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie au niveau supra-territorial. Le fonctionnement, les moyens et les pratiques sont variables d'une structure à l'autre. Un travail a été initié dans le cadre du précédent PRS pour élaborer un référentiel régional.

Une meilleure articulation de cette offre médico-sociale et hospitalière doit être recherchée. Un travail sur la qualité des pratiques permettra de mieux répondre aux évolutions des besoins (rajeunissement, poly addictions, troubles cognitifs...), en prenant en compte les évolutions technologiques (télé médecine, nouvelles modalités de communication avec les patients...).

L'état des lieux des mouvements d'entraide sur les territoires confirme la place singulière de ces associations souvent en relation avec les professionnels du soin, qui participent en amont à l'accès aux soins et contribuent aux soins de par leur expertise d'anciens patients.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Faciliter l'intervention du premier recours

Le caractère multidimensionnel des situations d'addiction nécessitent de doter les **professionnels du premier recours** (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens d'officine) des **compétences et outils adaptés**, en veillant à :

- ⊕ Favoriser la réalisation de stages des futurs professionnels de santé dans les structures spécialisées en addictologie ;

- ⊕ Promouvoir la formation continue aux démarches spécifiques aux conduites addictives, notamment via le DPC, portant sur le **repérage précoce et l'intervention brève**, dont l'efficacité est reconnue, l'approche motivationnelle, la prescription et la délivrance des médicaments de **substitution et de sevrage**.
- ⊕ Privilégier l'échange interprofessionnel direct, par exemple avec des professionnels relais ;
- ⊕ Structurer la coopération des professionnels de premier recours au sein des projets de santé des dispositifs coordonnés de proximité (médecin, infirmier, psychologue) en lien avec les pharmaciens (en Bretagne, 21 % incluent au moins une thématique addictions).

Le soutien direct des équipes spécialisées, notamment par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), aux équipes de premier recours sera renforcé :

- ⊕ Promouvoir les **interactions entre structures spécialisées** en addictologie, **médecins traitants et professionnels de premier recours** afin de renforcer la capacité de ces derniers à la prise en charge des patients présentant des conduites addictives dans des situations non complexes ;
- ⊕ Expérimenter des **organisations innovantes** de type « microstructures ».

2. Poursuivre la structuration des filières de soins, pour disposer d'une offre graduée par territoire

Ceci doit se réaliser à travers notamment le développement d'alternatives à l'hospitalisation, la recherche de plus grandes complémentarités entre établissements MCO et psychiatriques, et avec le secteur médico-social, et enfin une nécessaire évolution de l'offre en SSR-addictologique. Il convient donc de :

- ⊕ Actualiser les **niveaux de soins** et leur **répartition par territoire** pour être en phase avec la réalité des consommations (rajeunissement, poly-consommations, troubles cognitifs, comorbidités...) et des usagers de plus en plus précarisés ;
- ⊕ Développer les **alternatives à l'hospitalisation** en prenant en compte l'adéquation entre les durées de séjour préconisées et la réalité du travail effectué (par exemple, le sevrage complexe en hospitalisation de jour) et de façon concertée sur le territoire.
- ⊕ Accompagner l'offre médico-sociale à la prise en compte de ses **nouvelles missions réglementaires**, notamment la prévention, et le lien avec le premier recours.

3. Poursuivre le travail sur la qualité de prise en charge et d'accompagnement en addictologie

Au-delà des résultats des évaluations internes et externes, et des certifications, l'évolution des recommandations en addictologie conduit à réfléchir à des axes pluriannuels d'amélioration de la qualité de soins. Il s'agira en particulier de porter l'attention sur les points suivants :

- ⊕ Mieux prendre en compte les **comorbidités psychiatriques** ;
- ⊕ Prévenir, repérer, prendre en charge les **hépatites** chez les usagers de drogues ;
- ⊕ Adapter les programmes de soins aux besoins des personnes atteintes de **troubles cognitifs** ;
- ⊕ Poursuivre l'amélioration des prises en charge des **addictions sans produit** (écrans, réseaux sociaux, jeux...) ;

- ⊕ Intégrer les **innovations** dans les actions proposées (télémédecine, nouvelles modalités de communication avec les patients...).

4. Mieux prendre en compte la place des patients et renforcer celle de l'entourage

Cet objectif, développé en lien avec le thème « *maladies chroniques* », comportera les actions suivantes :

- ⊕ Améliorer l'**information des patients et de leur entourage** sur les addictions et l'offre de soins et d'accompagnement adaptée.
- ⊕ Accompagner les associations et **mouvements d'entraide** pour faire face aux évolutions des comportements addictifs et des conceptions du soin au-delà de l'abstinence. Seront mises en œuvre : des formations et échanges de pratiques, une inscription dans un partenariat formalisé avec les structures de soin et d'accompagnement, la création de collectifs à l'échelon des territoires de santé, une rénovation des modalités de financements. Ces travaux pourront s'appuyer notamment sur l'expérience des groupes d'entraide mutuelle (GEM).
- ⊕ Développer de nouvelles modalités pour renforcer la place et l'**autonomie des patients** dans les soins, par exemple par l'éducation thérapeutique du patient, l'expérimentation de patient-expert.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des patients vus en CSAPA adressés par la médecine de ville

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013/2017 (MILDECA) ;
- ⊕ Plan national de réduction du tabagisme (PNRT).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Organisation des soins de proximité, SSR, Santé mentale, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires, Qualité, Innovation, Partenariats.

Chantier 3 : Mobiliser les institutions pour fluidifier le parcours patient

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les addictions présentent un caractère multifactoriel et des conséquences à la fois somatiques, psychiques et sociales. Dès lors, les parcours de soins des patients sont inscrits dans la durée et peuvent comporter des ruptures.

Le parcours de santé concerne différents champs d'intervention, de la prévention aux soins en passant par la réduction des risques et l'éducation thérapeutique. Les structures et professionnels impliqués localement en addictions interviennent à plusieurs niveaux (prise en charge, animation, coordination, formation, etc.). L'offre est à ce jour, insuffisamment coordonnée, et la connaissance réciproque des acteurs de leurs rôles et compétences reste incomplète.

Pour être efficaces, les réponses doivent être cohérentes et concertées, s'intéresser aux individus mais également aux facteurs collectifs, mobiliser les différents leviers dont chaque institution dispose et s'articuler avec les autres politiques publiques. La politique de santé relative aux addictions s'inscrit dans la cadre d'un plan interministériel élaboré par la MILDECA qui fait appel à la complémentarité entre les acteurs pour améliorer les réponses.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Mobiliser et mieux coordonner les acteurs

Il s'agit de diminuer les ruptures de prise en charge en organisant la coopération entre les structures spécialisées en addictologie et les autres acteurs d'une prise en charge globale. Chaque filière de soins en addictologie doit contribuer à une **approche décroisée entre les secteurs sanitaire, social et médico-social**.

Deux axes seront particulièrement développés :

- ⊕ La création d'un **pôle ressources régional** chargé notamment de veille scientifique, analyse de l'évolution des besoins, élaboration de recommandations régionales, diffusion et appropriation des référentiels, valorisation des bonnes pratiques et nouveaux outils, appui à l'ARS dans l'élaboration et la mise en place de la politique de santé en addictions.
- ⊕ L'investissement des **plateformes territoriales d'appui (PTA)** sur les problématiques addictives, qu'il s'agisse de l'amélioration des parcours complexes des personnes présentant des conduites addictives ou de l'intégration des addictions, facteur de complexité dans les autres parcours.

Les réflexions sur les parcours en addictologie s'inscriront dans le cadre des travaux menés sur la démarche parcours (cf. thème n°6) et se nourriront des outils et méthodes élaborés dans ce cadre en les adaptant aux spécificités des conduites addictives.

2. Mieux articuler pour décroiser

- ⊕ Elaborer un référentiel régional concerté précisant la place de chaque type d'acteur dans les réponses à apporter aux personnes concernées par les conduites addictives, du repérage précoce à la réinsertion.

- ⊕ Renforcer la couverture territoriale d'**hébergements adaptés** aux soins en addictologie : CSAPA avec hébergement, appartements de coordination thérapeutique, lits haltes soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisé (LAM). Un schéma de l'hébergement adapté sera élaboré.
- ⊕ Construire, sur chaque territoire, avec les acteurs du champ sanitaire et social, un dispositif de **logements accompagnés** (« un chez soi d'abord », résidences sociales, familles d'accueil...). Cela pourra se traduire par la formation des personnels des structures d'hébergement, un travail de partenariat pour rechercher des solutions et critères d'admission, des modalités d'accompagnement concertées santé-social.

3. Renforcer la coopération santé-justice dans le cadre de conventions

- ⊕ Mieux articuler les acteurs de la justice et de la santé en élaborant des objectifs partagés.
- ⊕ Elaborer des **réponses de santé** (alternatives aux poursuites) **graduées** en fonction d'une évaluation de la situation addictive de la personne : injonctions thérapeutiques, obligations de soins, stages de sensibilisation...

4. Travailler sur les représentations des addictions que se font les acteurs

De par leurs interactions avec les modes de vie, le contexte culturel, social, les conduites addictives ne sont pas toujours prises en compte dans la réalité du patient ; **de nombreuses représentations erronées positives ou négatives** sont véhiculées et nuisent à la prévention, au repérage précoce et la bonne prise en charge de cette problématique de santé.

- ⊕ Un véritable travail inscrit dans la durée est aujourd'hui nécessaire pour véhiculer des messages clairs, basés sur des preuves et ce auprès de l'ensemble des acteurs concernés : acteurs publics (élus et institutions), professionnels (éducatifs, sanitaires, sociaux, forces de l'ordre...), et grand public. Des actions de **sensibilisations et d'information** seront impulsées et mises en place.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de situations complexes relevant des conduites addictives accompagnées par les plateformes territoriales d'appui (PTA)

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ;
- ⊕ Plan Territoire de Soins Numérique ;
- ⊕ Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ;
- ⊕ Plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PLALHPD).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Parcours, Précarité, Partenariats.

12 Développer une politique en santé mentale, partenariale et territoriale

Le contexte

La santé mentale est une composante de la santé telle que définie par l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

En France, les troubles psychiques sont l'une des préoccupations majeures de santé publique du fait de leur fréquence, de leur caractère souvent chronique (troisième ALD la plus fréquente en 2015), de la réduction de l'espérance de vie qui les accompagne et de leurs conséquences en termes familial, social et économique (14 % des dépenses de l'Assurance maladie en 2015, soit la pathologie qui représente le coût le plus important).

Le précédent PRS a encouragé une approche décloisonnée et privilégié l'autonomie et l'inclusion des personnes ainsi que la diminution des ruptures de parcours : renforcement des prises en charge ambulatoires et des accompagnements en milieu ordinaire ; renforcement des coopérations entre professionnels de la médecine générale, de la psychiatrie et de l'accompagnement social et médico-social ; prévention et prise en charge du suicide ; expérimentation d'une démarche parcours avec l'ANAP.

Ces orientations se trouvent renforcées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui institue une politique territorialisée de santé mentale, associant l'ensemble des acteurs et facilitant les parcours de santé et de vie des personnes concernées.

Le déploiement au niveau régional de cette politique de santé mentale visant, par une approche globale et décloisonnée des besoins des personnes, une meilleure adéquation des réponses à ces besoins, constitue l'enjeu majeur des cinq prochaines années.

Les finalités

⊕ Renforcer la réponse régionale en direction de trois problématiques prioritaires :

- La prévention du **suicide** qui demeure un sujet d'acuité particulière en Bretagne,
- Les **troubles du comportement alimentaire** pour lesquels il convient de structurer une réponse régionale,
- L'optimisation des réponses de soins et d'accompagnement en direction des **enfants, adolescents et jeunes adultes**.

⊕ Accompagner la mise en œuvre de la politique de santé mentale partenariale et territoriale, autour de trois chantiers :

- Déployer la démarche des projets territoriaux de santé mentale sur l'ensemble du territoire régional et favoriser le déploiement de conseils locaux de santé mentale (CLSM) ;

- o Renforcer la place et les droits des usagers et le soutien aux aidants, compte tenu des caractéristiques spécifiques aux troubles psychiques et du possible recours à des soins attentatoires aux libertés ;
- o Appuyer certaines évolutions de l'offre de prévention, de soins, d'accompagnement, d'inclusion ou d'insertion sociale identifiées comme déterminantes pour l'amélioration des parcours de santé et de vie des personnes.

Chantier 1 : Renforcer la réponse sur trois priorités régionales

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le **suicide** appelle une efficacité accrue des réponses. La Bretagne est l'une des régions les plus touchées de France (2^{ème} pour les hommes et 1^{ère} pour les femmes sur la période 2012-2014). Le taux de mortalité par suicide est de 37,4 pour 100 000 habitants pour les hommes (contre 23,4 au niveau national) et de 10,3 pour les femmes (contre 6,8). Cette surmortalité touche l'ensemble des départements.

Les **troubles du comportement alimentaire** (anorexie mentale, boulimie et troubles apparentés) nécessitent une meilleure structuration de la réponse régionale. La fréquence de ces troubles à forte prédominance féminine est pour l'anorexie et la boulimie respectivement à 0,9 et 1,5% chez les adolescentes/femmes et à 0,3 et 0,5% chez les adolescents/hommes. On observe des troubles du comportement alimentaire (TCA) de plus en plus précoces (10 à 12 ans). L'anorexie mentale est une pathologie grave avec une mortalité observée douze fois supérieure à celle de la population générale du même âge. Le besoin d'une offre renforcée et lisible est fortement identifié.

Une optimisation des réponses en direction des **enfants, adolescents et jeunes adultes** est souhaitable pour améliorer l'accès aux soins et diminuer les ruptures de parcours..

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Poursuivre et adapter l'action de l'ARS en matière de prévention du suicide

Le Haut conseil de santé publique (HCSP) dans son rapport d'évaluation 2016 du programme national d'actions contre le suicide, recommande fortement de mieux intégrer l'action sur le suicide à l'action plus globale en santé mentale, de mieux cibler les populations à risque élevé de suicide et de prioriser les actions ayant fait la preuve de leur efficacité.

L'ARS s'appuiera sur ces recommandations pour renforcer l'action régionale de prévention du suicide, selon deux axes :

- ⊕ Prioriser les actions en direction des **personnes à risque élevé de suicide** incluant l'observation, le **repérage**, la **prise en charge**, le **suivi** et le **recontact** des personnes ayant fait une tentative de suicide. Il s'agira d'identifier des actions ou projets ayant fait la preuve de leur efficacité. Certains projets de ce type sont en cours et méritent d'être poursuivis (Dispositif de suivi et de recontact par les antennes médico-psychologiques des CH de Guingamp, Lannion et Paimpol ; dispositif régional de recontact Vigilans). D'autres projets pourront être identifiés et développés.
- ⊕ Poursuivre la collaboration avec le réseau régional d'appui et d'expertise sur le suicide et avec les réseaux locaux d'acteurs engagés sur la prévention du suicide. Il s'agira de maintenir une forte mobilisation des acteurs pour : **favoriser** les liens entre acteurs; poursuivre les formations et sensibilisations au **repérage de la crise suicidaire** et à **l'intervention de crise suicidaire** ; participer aux projets qui combinent un ensemble d'interventions reconnues efficaces pouvant inclure des actions d'information, sensibilisation, formation, prise en charge et recontact.

2. Structurer la réponse régionale aux troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les travaux adopteront une approche intégrée de ce sujet qui concerne un ensemble d'acteurs : associations d'usagers et de leur entourage, professionnels des soins primaires, spécialistes de pédiatrie, de santé mentale, des addictions, d'endocrinologie et de la nutrition.

Le renforcement de la réponse régionale se déclinera en trois grandes étapes :

- ⊕ Réaliser un **diagnostic régional**, analysant l'importance du problème de santé dans la région, les réponses existantes et les difficultés rencontrées.
- ⊕ Elaborer une **stratégie régionale** en s'appuyant sur les recommandations nationales. pour proposer à la personne des **réponses structurées et lisibles**. Elle définira notamment les options retenues pour : la prévention des troubles, les modalités de repérage et de diagnostic, l'organisation des soins ambulatoires, les critères et modalités de la prise en charge hospitalière, la gradation territoriale et la lisibilité de l'offre. Enfin une attention particulière sera donnée à l'accompagnement des professionnels pour favoriser les liens entre les différentes compétences et ressources à mobiliser.
- ⊕ Organiser les modalités de mise en œuvre de la stratégie régionale ainsi définie.

3. Optimiser les réponses de soins et d'accompagnement en direction des enfants, adolescents et jeunes adultes

Les travaux de l'ARS et de la CRSA au cours du PRS 2012-2017 ont permis d'identifier trois objectifs prioritaires :

- ⊕ **Diminuer les ruptures de parcours liées à la multiplicité des tranches d'âge** des soins et accompagnements proposés par les différents acteurs (Education nationale, pédiatrie, pédopsychiatrie, services et établissements médico-sociaux) et à l'insuffisance de relais organisés entre acteurs. Les propositions prendront notamment en compte la tranche d'âge des 16-25 ans, période d'entrée dans la maladie pour certains troubles psychiatriques potentiellement graves.
- ⊕ **Clarifier les rôles et les complémentarités** entre professionnels au sein d'un périmètre d'intervention allant du mal être aux pathologies psychiatriques sévères, dans un contexte de diminution du nombre de pédopsychiatres. Les travaux pourront porter sur les rôles et complémentarités :
 - De professionnels impliqués dans le repérage, le diagnostic et l'orientation de troubles débutants,
 - De professionnels impliqués dans le suivi et plus spécifiquement entre équipes de CMP et de CMPP d'une part, entre équipes de psychiatrie et équipes d'ITEP d'autre part.
- ⊕ **Assurer la disponibilité sur les territoires** de modalités **de soins et d'accompagnements plus intensifs**. L'offre de psychiatrie infanto-juvénile, essentiellement ambulatoire, a parfois des difficultés à répondre aux situations de crise ou d'urgence. La majorité des services et établissements sociaux et médico-sociaux ne propose pas de permanence 365 jours par an. Afin de mieux répondre à certaines situations qui requièrent des prises en charge plus intensives de soins ou d'accompagnement, il conviendra d'envisager les options possibles pour prévenir et gérer ces situations.

Le soutien à la parentalité, notamment par la PMI et la médecine scolaire est développé au sein du thème « Agir en faveur de la santé périnatale, des enfants, des adolescents, et des jeunes adultes. »

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de patients hospitalisés pour récurrence de tentative de suicide

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan Autisme.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Personnes en situation de handicap, Addictions.

Chantier 2 : Déployer des projets territoriaux et des conseils locaux de santé mentale

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose les bases d'une politique territorialisée de santé mentale ayant pour objectif de favoriser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture. Cette politique prend la forme d'un projet territorial de santé mentale élaboré sur la base d'un diagnostic partagé, dans le cadre d'une démarche associant l'ensemble des acteurs concernés. Le projet fait l'objet d'un contrat territorial de santé mentale entre le Directeur général de l'ARS et les acteurs participant à sa mise en œuvre.

Il s'agit de mener, sur chaque territoire considéré, un travail collectif d'adaptation des réponses, des organisations et des pratiques pour :

- o Faciliter l'accès de chacun aux réponses dont il ou elle a besoin ;
- o Organiser la continuité des interventions de soins et d'accompagnement sur la durée ;
- o Limiter les ruptures au sein des parcours de santé et de vie ;
- o Privilégier le plus possible l'inclusion des personnes dans une vie sociale et citoyenne.
- o Ajuster l'offre de prévention, de soins et d'accompagnement aux besoins évolutifs des personnes et de leurs aidants ;

Le déploiement sur l'ensemble du territoire régional des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) est un objectif prioritaire des cinq années à venir qui nécessitera l'effort conjugué de l'ensemble des acteurs.

La loi de modernisation du système de santé reconnaît le rôle contributif des conseils locaux de santé mentale (CLSM) à la politique territoriale de santé mentale et les orientations nationales invitent à en favoriser le déploiement.

Les conseils locaux de santé mentale sont des espaces ou instances de concertation et de coordination entre les élus d'un territoire, les acteurs de la psychiatrie, les usagers et aidants et tous les acteurs locaux concernés par la santé mentale (acteurs sociaux et médico-sociaux, bailleurs, éducation, justice, police...). Ils ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions concrètes en faveur de la prévention, de la coordination des réponses aux problématiques des personnes vivant avec un trouble psychique, de leur autonomie, de leur inclusion et de leur insertion dans la cité. Leur développement est progressif depuis les années 2000.

L'enjeu est donc de favoriser, en collaboration avec les collectivités territoriales, le déploiement de CLSM sur le territoire régional, de façon à ce que ces derniers puissent apporter leur contribution à la nouvelle organisation territoriale de la politique de santé mentale.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

D'une concertation régionale menée en 2016 ont émergé plusieurs orientations constituant un cadre d'action régional partagé pour le déploiement de la démarche, parmi lesquelles le choix du niveau départemental comme territoire d'élaboration du PTSM. La dynamique partenariale est identifiée comme une condition de réussite pour développer une approche globale prenant en compte les différentes dimensions du projet de santé et de vie de la personne (soins, logement, accès à l'emploi, aux ressources financières, à l'accompagnement social, culture, loisirs...), et faciliter de ce fait l'insertion et le maintien dans le droit commun.

1. Elaborer dans chaque département un projet de santé mentale

Ces projets de santé mentale constitueront des **feuilles de route priorisées** résultant de la réalisation, **dans chaque département**, d'un **diagnostic partagé** centré sur les parcours en santé mentale. L'approche retenue sera participative et mobilisera l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale.

- ⊕ La démarche projet reposera sur **l'initiative des acteurs** et prendra appui sur les partenariats existants ou en cours de constitution. Elle reposera sur une organisation incluant un comité de pilotage départemental et un binôme chefs de projet constitué de deux professionnels expérimentés de formation et de culture professionnelle différente.
- ⊕ La démarche veillera à **mettre en cohérence** les projets départementaux de santé mentale avec les travaux en cours qui lui sont liés, notamment les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT), la mise en œuvre des communautés psychiatriques de territoire, la Réponse accompagnée pour tous concernant les personnes handicapées, la Stratégie quinquennale sur le handicap psychique, le déploiement des plateformes territoriales d'appui aux professionnels, les communautés professionnelles territoriales de santé...

2. Organiser la mise en œuvre et le suivi des plans d'actions des projets départementaux au sein de contrats territoriaux de santé mentale (CTSM)

- ⊕ Ces contrats seront conclus entre l'Agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Ils préciseront les engagements des signataires dans la mise en œuvre des actions de la feuille de route, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

3. Favoriser le déploiement des conseils locaux de santé mentale (CLSM)

La Bretagne compte six CLSM sur un total d'environ 170 en France. D'autres déploiements sont envisagés, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) ; ceux-ci se feront avec les collectivités territoriales qui en sont à l'initiative. Ils prendront appui sur les travaux du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille, qui mène depuis 2008 un programme d'appui au développement et au renforcement des CLSM.

- ⊕ **Réaliser**, en lien étroit avec les collectivités territoriales, **un état des lieux régional des CLSM** bretons portant sur les partenariats, les périmètres géographiques, les activités et les conditions de fonctionnement.
- ⊕ A partir de l'état des lieux régional, **identifier les questions liées au déploiement des CLSM, et leur rôle futur dans les PTSM**, en prenant en compte l'état des lieux national du CCOMS réalisé en 2015. Les articulations avec les autres dispositifs et instances de coordination et/ou d'intégration des acteurs feront l'objet d'une attention particulière.
- ⊕ **Elaborer un cadre général de fonctionnement partagé** avec les collectivités territoriales en vue:
 - De l'élaboration d'un cahier des charges pour un **appel à candidatures régional** ;
 - D'un meilleur partage d'informations et d'expériences entre CLSM, facilitant une **harmonisation** des missions et modes de fonctionnements.
 - Assurer la **promotion des CLSM auprès des élus** en vue de favoriser leur déploiement

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de projets départementaux de santé mentale validés par le DG ARS et de Contrats territoriaux de santé signés dans l'année

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ↻ Plan autisme ;
- ↻ Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médicosociale – Volet handicap psychique.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ↻ Promotion de la santé, Organisation des soins de proximité, Parcours, Précarité, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Personnes en situation de handicap, Addictions, Partenariats.

Chantier 3 : Renforcer la place et les droits des usagers et le soutien aux aidants

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Travailler à l'amélioration des parcours consiste à centrer l'action sur l'organisation et l'adaptation des réponses aux besoins des personnes sur la durée, en privilégiant leur implication dans une vie sociale et citoyenne. La place des usagers et de leur entourage y est en conséquence centrale.

Elle peut cependant être mise à mal par un ensemble de caractéristiques spécifiques aux troubles psychiques tels que la non demande, le déni, l'isolement, la stigmatisation, ainsi que par le recours à des soins parfois attentatoires aux libertés.

L'enjeu de ce chantier spécifique est de reconnaître et renforcer la place et les droits des usagers et la place des aidants, par la priorisation de quelques objectifs opérationnels spécifiques.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Assurer la participation effective de représentants d'usagers et de leur entourage

L'implication des représentants d'usagers en santé mentale et de leurs familles au cours du PRS précédent a été constructive et a contribué à ancrer l'action dans la recherche de réponses concrètes aux besoins des personnes. Il convient donc de poursuivre cette démarche :

- ⊕ En particulier au sein de l'élaboration et de la mise en œuvre des **projets départementaux de santé mentale** et du déploiement des **CLSM** ;
- ⊕ En prévoyant une **suppléance** pour les représentants d'usagers pour prendre en compte leur fragilité et faciliter la permanence de leur représentation.

2. Soutenir la pair-aidance

Le partage d'expérience du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement induit des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques. En conformité avec les orientations de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, le soutien à la pair-aidance en Bretagne se fera :

- ⊕ Prioritairement en direction des **groupes d'entraide mutuelle**. Les GEM sont des associations accueillant des personnes présentant un trouble ou un handicap psychique. Ils ont pour objectif le soutien mutuel, la lutte contre l'isolement, le maintien du lien social et socioprofessionnel. Le soutien à ces structures à forte valeur ajoutée en termes de parcours et d'insertion pourra notamment inclure la poursuite du maillage territorial (25 GEM actuellement en Bretagne et 100 créations prévues au niveau national dans la stratégie quinquennale), leur accompagnement (sur la base de l'évaluation qualitative réalisée en 2016 par l'ANCREAI) et l'appui à certains projets.
- ⊕ Avec une ouverture à **d'autres types de pair-aidance** (intégration de pairs aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins), en tenant compte des éventuelles expériences régionales dans ce domaine et en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation des modalités de pair-aidance prévue en 2017 dans la stratégie quinquennale.

3. Faciliter la diffusion d'outils supports au respect des droits des patients

Ces outils devront prendre une **forme pédagogique adaptée**, à l'instar de celle du kit pédagogique « histoire de droits » élaboré par l'organisme « Psycom ».

4. Contribuer au développement de l'offre de formation à l'attention de l'entourage

L'entourage des personnes présentant un trouble psychique sévère, notamment psychotique, doit faire face à des situations difficiles sans y avoir été préparé. Prendre en compte et soutenir l'entourage est un élément de la qualité et de l'efficacité des soins au malade. C'est également un facteur facilitateur essentiel au maintien de la personne malade dans son environnement de vie ordinaire. Il peut prendre diverses formes : écoute des soignants, groupes de parole, thérapies familiales, formations...

L'objectif est de développer une offre de formation visant à soutenir l'entourage, améliorer ses interactions avec le proche malade, réduire de ce fait les situations de crise et les besoins d'hospitalisation, et augmenter les chances d'insertion sociale, éducative et professionnelle. Plusieurs types de formation se sont développés depuis les années 2000 : Profamille, Prospect, Omega, Bipolact... Il conviendra :

- ⊕ De dresser un **état des lieux partagé** de l'offre actuelle et des besoins,
- ⊕ De développer une **stratégie régionale de formation**, qui priorisera celles qui ont fait la preuve de leur efficacité et précisera les modalités de mise en œuvre à partir des compétences existantes, notamment celles du CREFAP (Centre ressources familles et troubles psychotiques du Centre hospitalier Guillaume Rénier de Rennes).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'aidants de personnes vivant avec un trouble psychique sévère ayant bénéficié d'une formation par les établissements autorisés en psychiatrie

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Stratégie quinquennale en matière d'évolution de l'offre – volet handicap psychique ;
- ⊕ Stratégie nationale du soutien aux aidants des personnes en situation de handicap.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Parcours, Personnes en situation de handicap, Usager acteur en santé.

Chantier 4 : Accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'amélioration des parcours requiert une évolution de l'offre de prévention, de soins, d'accompagnement, d'inclusion et d'insertion sociale, que ce soit en termes de modalités organisationnelles, de pratiques professionnelles ou d'ajustements quantitatifs. Elle suppose notamment des modalités de coordination et de coopération des acteurs pour améliorer la qualité et la continuité des interventions auprès des personnes.

Cette évolution s'inscrit dans le cadre de l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale et en particulier du décret du 27 juillet 2017 qui fixe les priorités du projet territorial de santé mentale.

Sur la base de ce décret et des travaux réalisés avec l'ensemble des acteurs dans le cadre du précédent PRS, trois priorités d'évolution de l'offre et de coordination des acteurs, identifiées comme déterminantes pour les parcours de santé et de vie, ont été retenues au niveau régional.

L'accompagnement des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques ou neuro-dégénératives est traité au sein du thème « Prévenir et accompagner la perte d'autonomie de la personne âgée ».

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer des modalités de collaboration entre équipes de soins primaires et de psychiatrie

Les médecins traitants suivent seuls des patients présentant des troubles psychiques fréquents (troubles anxieux et dépressifs), qui représentent 25 à 30 % de leur activité. Ils sont également responsables du suivi global et de la coordination des soins somatiques et psychiques de patients présentant des pathologies psychiatriques sévères, souvent chroniques.

Les difficultés d'interface entre équipes de soins primaires et professionnels de la psychiatrie ont des conséquences sur la qualité des soins et le parcours des personnes : absence ou retard de diagnostic, non compliance, interruption des soins, redondances d'exams, risque iatrogénique...

Le développement de collaborations entre professionnels des soins primaires et de la psychiatrie est en conséquence un élément essentiel de la qualité et de la continuité des parcours de santé. Deux objectifs distincts sont identifiés :

- ⊕ Renforcer la capacité des équipes de soins primaires à **assurer de façon autonome le suivi des troubles psychiques fréquents** (troubles anxieux et dépressifs) ;
- ⊕ Développer des modalités de **soins collaboratifs entre équipe de soins primaires et professionnels de la psychiatrie** pour les situations nécessitant un appui spécialisé : situations de troubles psychiatriques fréquents présentant des facteurs de complexité ; repérage et orientation lors de la phase d'entrée dans la maladie ; situations d'urgence ou de crise en gestation ou avérée ; suivi somatique et psychique sur la durée de personnes vivant avec un trouble psychique sévère et chronique.

Les modalités d'action pourront inclure des formations et **protocoles pour les troubles fréquents, l'accès à un avis psychiatrique** (médecin ou infirmier) à certains moments du parcours, des modalités

revisitées d'échanges d'information, des consultations ou visites à domicile conjointes, des travaux conjoints sur l'éducation thérapeutique du patient...

2. Structurer une offre régionale de réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale s'adresse aux personnes vivant avec un trouble psychique sévère et vise à **faciliter leur retour à un niveau optimal d'autonomie** dans leur quotidien. La démarche comprend un ensemble de techniques et de pratiques (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation, éducation thérapeutique du patient) en réponse aux besoins de la personne, tant sur le plan psychique que sur celui de la vie quotidienne et de la citoyenneté (logement, alimentation, ressources financières, études, travail, transport...). Dans le contexte de déploiement d'une politique de santé mentale visant l'amélioration des parcours de santé et de vie, la structuration d'une offre de réhabilitation psychosociale est un enjeu majeur pour améliorer la qualité de vie des personnes, prévenir les rechutes, les hospitalisations à temps complet ainsi que l'apparition ou l'aggravation du handicap.

Deux principes pourront guider l'action :

- Adopter une **approche pluridisciplinaire**, sanitaire, médico-sociale et sociale pour la construction de cette offre qui prépare le passage du soin au retour dans le contexte de vie ;
 - Intégrer à la construction de cette offre les **partenariats en matière de logement et d'hébergement**, composante essentielle de l'autonomie des personnes concernées.
- ☉ Sur la base de ces principes, l'action visera à **définir une stratégie régionale** organisant l'accès, progressif et gradué, des personnes concernées, à l'ensemble de ces techniques et pratiques.

3. Renforcer la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en direction des personnes en situation ou à risque de handicap psychique

Les interactions entre professionnels du soin et de l'accompagnement social et médico-social sont déterminantes pour la qualité du parcours de santé et de vie des personnes en situation de handicap psychique : au moment de l'évaluation multidimensionnelle par la MDPH, mais aussi tout au long de la vie pour assurer la continuité des interventions et leur adaptation aux besoins évolutifs des personnes.

La poursuite et l'amplification de l'effort de collaboration visera trois objectifs prioritaires :

- ☉ Poursuivre le **processus de contractualisation** formalisé entre établissements de santé autorisés en **psychiatrie** et établissements et services **sociaux et médico-sociaux** accueillant des personnes en situation de handicap psychique, définissant les engagements réciproques pour sécuriser la continuité des parcours.
- ☉ Améliorer **l'évaluation du handicap psychique** au niveau des MDPH, facteur déterminant de l'adéquation des orientations proposées. Les actions pourront notamment s'appuyer sur les travaux menés aux niveaux national et régional (Ille-et-Vilaine) sur ce sujet.
- ☉ Renforcer les dynamiques partenariales au service d'un **suivi global et coordonné** :
 - Par des actions spécifiques, telles que des interventions conjointes en proximité d'équipes sanitaires et d'équipes sociales et médico-sociales. Le rôle des SAMSAH et des SAVS dans la coordination de parcours complexes et l'interface avec les établissements sanitaires méritera une attention particulière.

- Par la participation des acteurs de santé mentale aux différentes démarches et dispositifs de coordination/intégration: Conseils locaux de santé mentale, plateformes territoriales d'appui, Réponse accompagnée pour tous dans le champ du handicap...

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des établissements de santé autorisés en psychiatrie engagés dans un processus de collaboration avec des professionnels de soins primaires

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale – volet handicap psychique ;
- ⊕ Plan Autisme.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Organisation des soins de proximité, Parcours, Précarité, Personnes en situation de handicap.



13 Prévenir les maladies chroniques et améliorer la qualité de vie des patients

Le contexte

La maladie chronique est définie comme la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitif, appelé à durer ; dont l'ancienneté minimale est de trois mois, ou supposée telle ; et comportant un retentissement sur la vie quotidienne comprenant au moins l'un des trois éléments suivants :

- une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
- une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
- la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

On estime en France à 15 millions le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et à 9 millions le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) pour le seul régime général, soit 556 000 personnes en Bretagne en 2015 (16 % de la population régionale). L'augmentation de la prévalence se poursuit à un rythme soutenu. Cette évolution, dénommée « transition épidémiologique » a pour origine le recul des maladies infectieuses, les modifications de nos modes de vie ainsi que le vieillissement de la population. On estime que les maladies chroniques seront à l'origine de 69 % des décès en 2030.

Cette importance des maladies chroniques justifie une adaptation du système de santé à des besoins nouveaux comme la coordination au long cours de multiples intervenants dans la prise en charge des patients. Celle-ci est souvent difficile à mettre en œuvre du fait du caractère spécialisé de l'offre de soins qui valorise l'aspect spécifique de chaque affection.

Une approche transversale des maladies chroniques permet une vision élargie des besoins du patient au-delà de sa pathologie. Elle permet d'aborder des thématiques déjà retenues dans différents plans nationaux. Ainsi, l'obésité, de facteur de risque, tend désormais à être considérée comme une maladie. Il conviendra de préserver l'approche par pathologies pour ce qui ne concerne pas le socle commun à l'ensemble des maladies chroniques en intégrant le fait que ce qui est une maladie chronique constitue en même temps un facteur de risque d'une autre. La prévention primaire de l'insuffisance rénale est impactée par la prévention (tertiaire) du diabète ou de l'hypertension.

L'approche transversale s'inscrit dans la volonté d'une prise en charge globale et s'éloigne d'un modèle pastorien où il est classique d'opposer la médecine préventive et la médecine curative.

Quatre facteurs essentiels permettent de considérer les maladies chroniques comme une entité.

- **Des retentissements en commun** : les maladies chroniques diffèrent par leur cause et leurs expressions et peuvent conduire à un retentissement similaire pour les malades dans leur vie quotidienne, dans la durée, en termes de déficiences et incapacités.



- **Une altération de la qualité de vie** avec un retentissement sur la vie quotidienne, au niveau individuel comme sur la vie sociale et des réponses visant à préserver la qualité de vie qui sont généralement communes aux différentes maladies chroniques.
- **Des attentes partagées des patients** qui, quelle que soit l'affection dont ils sont atteints, souhaitent jouer un rôle accru dans la prise en charge de leur maladie et dans leurs relations avec les professionnels impliqués.
- **Des effets communs sur le système de protection sociale** : cette transition épidémiologique entraîne un accompagnement par notre système de protection sociale de plus en plus important : les ALD représentent 65 % des dépenses d'assurance maladie et 90 % de leur croissance annuelle.
- **Le poids du regard social sur les malades**, au risque de leur culpabilisation, comme par exemple les fumeurs atteints de BPCO, les personnes obèses, les personnes atteintes d'une MST...

Les finalités

- ⊕ **Développer et renforcer la prévention et promotion de la santé** : la prévention est appelée à prendre une place croissante dans les politiques de santé publique. Elle est un enjeu majeur dans la Stratégie nationale de santé. La réduction de la mortalité dite prématurée et l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité sont fortement liées aux comportements et aux styles de vie. La promotion des comportements peut réduire des facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables. On priorisera les actions sur les facteurs de risques identifiés à l'origine d'une majorité de maladies chroniques évitables (consommation d'alcool, de tabac, mauvaise alimentation, sédentarité), et parmi les facteurs environnementaux, les déterminants liés à la qualité de l'air impliqués dans le développement des maladies chroniques.
- ⊕ **Transformer les relations entre patients et les acteurs de santé** et privilégier l'écoute et la prise en compte des priorités des patients : « *la maladie chronique est avant tout une relation chronique avec la médecine* ». Il y a donc lieu de renforcer les capacités du patient à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé. Cette démarche d'accompagnement à l'autonomie du patient (« *empowerment* ») se décline entre autres en programmes d'éducation thérapeutique, actions éducatives, et programmes de gestion de sa maladie par le patient (« *disease management* »).
- ⊕ **Faciliter les parcours de santé**. Il s'agit d'améliorer la qualité soignante et l'efficacité en ayant recours au bon moment à chaque compétence professionnelle médicale, soignante et sociale, tout en assurant la personnalisation des réponses aux patients. Cet objectif requiert un travail plus collectif des professionnels de santé autour de la personne, prise dans sa globalité.
- ⊕ **Atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne et réduire les inégalités**. La maladie chronique génère un ensemble de conséquences pouvant être dommageables pour la vie de la personne, notamment sur son emploi, sa vie quotidienne, sa vie affective... Ces conséquences peuvent avoir en retour des effets négatifs sur la santé de la personne. Il s'agit donc d'agir sur ces répercussions pour en diminuer les risques et la portée, tout en luttant contre les inégalités de santé.
- ⊕ **Mieux connaître les maladies chroniques**, leurs conséquences sur la qualité de vie des personnes, et leurs modes de prise en charge : les données sont nombreuses, issues de bases multiples. Les informations épidémiologiques issues de ces données doivent être améliorées et diffusées auprès des acteurs. Il est également indispensable d'évaluer outre la pertinence des actes et des traitements, celle des dispositifs coordonnés et intégrés considérés les plus efficaces dans les prises en charge.

Chantier 1 : Développer et renforcer la prévention et promotion de la santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux est la première des quatre priorités de la Stratégie nationale de santé 2017-2022.

L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité est en effet fortement liée aux comportements et aux styles de vie.

En 2003, l'OMS a analysé les liens entre alimentation, inactivité physique, sédentarité et maladies chroniques, en partant du constat que les maladies chroniques liées à une mauvaise alimentation étaient la première cause de mortalité dans le monde. L'INSERM a depuis évalué les effets bénéfiques de l'activité physique pour tous, et la Haute autorité de santé estime que les activités physiques et sportives font partie des règles hygiéno-diététiques validées comme thérapies non médicamenteuse.

Le Programme national nutrition santé (PNNS) décline depuis 2001 cet objectif d'amélioration de l'état nutritionnel de la population. Le PNNS 2011-2015 a développé un axe spécifique sur l'activité physique qui est le socle du plan national Sport Santé Bien-Etre (SSBE) initié fin 2012. Un 4^{ème} PNNS et un second plan SSBE préciseront les perspectives à travailler dans les années à venir.

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 reconnaît, avec l'article 144, l'activité physique prescrite comme thérapeutique non médicamenteuse dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée.

Le 3^{ème} Plan national santé environnement 2015-2019, décliné régionalement au travers du Plan régional santé environnement aborde les problèmes environnementaux qui sont de plus en plus souvent désignés comme facteurs expliquant la progression des maladies chroniques.

La qualité de l'air représente un enjeu important compte tenu de ses impacts sur la santé des populations, y compris en Bretagne comme l'ont montré les études effectuées sur Rennes et Brest.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Il s'agit d'intervenir au plus tôt afin de conserver le plus longtemps possible le capital santé de chacune et de chacun (avant l'arrivée de la pathologie, mais aussi une fois la pathologie déclarée) et agir sur les facteurs environnementaux afin de limiter l'apparition des facteurs de risque. Les actions suivantes s'inscrivent dans la lignée de celles sur les déterminants de la santé et le développement de la promotion de la santé (chantier 1).

1. Développer l'intégration des dimensions préventives et éducatives dans le champ des compétences des acteurs de soins

- ⊕ Cibler, pour les **acteurs du premier recours**, un accompagnement pour enrichir les compétences afin de conduire des actions précises et efficaces (cf. thème 2 : « *Organisation des soins de proximité* »).
- ⊕ Au-delà de leurs missions de soins, les **établissements de santé** seront encouragés à devenir de véritables **acteurs de promotion de la santé et de prévention** (cf. thème 1, chantier 2).

2. Promouvoir la nutrition et l'activité physique comme déterminants majeurs de santé

- ⊕ **Inform**er le grand public sur les enjeux de l'alimentation et de l'activité physique pour leur santé, les nouveaux repères de consommation, l'utilisation du nouveau logo nutritionnel. Le rôle de la nutrition tant comme facteur de protection que comme facteur de risque pour nombre de maladie chronique est démontré (maladies cardio-vasculaires, cancer...). L'intervention auprès des plus jeunes et des étudiants sera accentuée car il importe de prendre de bonnes habitudes dès le plus jeunes âge (cf. thème 8 : « *Enfants et jeunes* »).
- ⊕ **Lutter** à tous les âges de la vie **contre la sédentarité**, facteur de mortalité favorisant le surpoids et l'obésité.
 - Développer une offre d'**activité physique et sportive de loisir** accessible à tous (cf. thème 8 « *Enfants et jeunes* »). La promotion des modes de déplacements actifs et la facilitation des pratiques d'activité physique pour les adultes autour ou au sein de son **lieu de travail** sont à développer avec les collectivités et les entreprises notamment.
 - Encourager l'activité physique adaptée pour les **personnes âgées** dans l'objectif de préserver leur autonomie le plus longtemps possible (cf. thème 9 « *Personnes âgées* »).
- ⊕ Promouvoir l'**activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse** pour les malades chroniques. La sensibilisation des professionnels de santé à l'intérêt de l'activité physique, la formation des encadrants à l'activité physique adaptée, le développement des liens entre professionnels de santé et professionnels du sport, la mise en réseau des acteurs, la mise à disposition d'aide à la prescription, l'orientation et le suivi de leur patient constituent les axes de travail prioritaires.
- ⊕ Améliorer les **pratiques alimentaires**, notamment chez des **populations à risque (personnes atteintes de diabète, de cancer, de surpoids, les personnes âgées)**, est à réfléchir plus spécifiquement pour une réelle intégration dans la durée de nouveaux comportements favorables à la santé.
- ⊕ **Impliquer de nouveaux partenaires** (en plus des partenaires actuels) sur ce champ. La signature des nouvelles chartes des villes/collectivités/entreprises actives PNNS notamment est un moyen d'action à activer.
- ⊕ Les **outils connectés et l'aide à distance** sont aussi des perspectives à développer (cf. thème 17 : « *Innovation en santé* »).

3. Prioriser l'action sur les facteurs environnementaux impliqués dans le développement des maladies chroniques

- ⊕ **Améliorer la qualité de l'air extérieur**. Compte tenu de l'importance du temps passé à l'intérieur de locaux et de la présence de polluants spécifiques, **l'air intérieur** représente également un enjeu fort de santé publique. Il s'agira notamment, dans le cadre du PRS, de développer le conseil médical en environnement intérieur pour les personnes atteintes de pathologies respiratoires.
- ⊕ Agir sur d'autres déterminants environnementaux, souvent impliqués dans le développement des maladies chroniques (usages des **pesticides, perturbateurs endocriniens**...). Cet objectif est abordé dans le Plan Régional Santé Environnement.

4. Diminuer la consommation d'alcool, prévenir les conduites addictives et réduire les risques qui y sont liés

Ce sujet est traité au sein du thème n°11 « Addictions ».

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre annuel de personnes suivies pour surcharge pondérale, obésité, pathologie cardio-vasculaire ou respiratoire, bénéficiant d'activité physique adaptée (APA)

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Programme national nutrition santé ;
- ⊕ Plan national sport santé bien-être ;
- ⊕ Plan régional santé environnement.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Addictions, Innovation, Partenariats.

Chantier 2: Renforcer la capacité des personnes à faire leurs propres choix de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le patient est le premier acteur de sa maladie. Il s'agit là d'une question de considération de la personne elle-même, mais également d'efficacité des traitements et des accompagnements dont elle bénéficie. Il est, en effet, à présent bien documenté que la prise en charge de la maladie sera d'autant plus efficace que celle-ci est personnalisée, adaptée à la vie réelle du patient, et pleinement acceptée.

C'est pour cette raison que ces principes sont à présent inscrits dans le code de la santé publique, et mis en pratique aujourd'hui par de nombreux acteurs : établissements et professionnels de santé, Assurance maladie et assureurs complémentaires.

La promotion de l'implication du patient s'appuiera sur :

- ⊕ Une **bonne information du patient** est la première marche sur laquelle-celui-ci peut construire son autonomie, afin d'aboutir à une prise de décision en toute conscience ;
- ⊕ Des **actions d'accompagnement à l'autonomie du patient**, ponctuelles ou régulières, collectives ou individuelles proposées par les associations, les professionnels de santé, l'Assurance Maladie (ex : programme SOPHIA) ;
- ⊕ L'**éducation thérapeutique du patient** (ETP) vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs, de compétences d'auto-soins et psycho-sociales afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer de la meilleure qualité de vie.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Informer les patients, les aidants et les professionnels

- ⊕ **L'information aux patients**, pour qu'ils connaissent leur maladie et qu'ils puissent s'impliquer dans l'élaboration de leur projet de vie.
- ⊕ **L'information pour les aidants** et les intervenants auprès des patients, des besoins et attentes des malades chroniques.
- ⊕ **L'information sur l'offre de santé** existante et les organisations, parfois devenues difficilement lisibles avec la multiplication des acteurs et des dispositifs.
- ⊕ **L'information sur les droits**. Une approche sociale est déterminante dans l'accompagnement. La méconnaissance des droits sociaux entraîne précarité et risque de ruptures de parcours.
- ⊕ **Rendre accessible les informations** (sur les droits sociaux, droits au travail...) en s'appuyant sur les systèmes d'information liés aux parcours, et sur l'action des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des autres dispositifs de coordination et d'intégration.
- ⊕ Veiller à **l'accessibilité de l'information** pour tous (langue des signes, braille, pictogrammes, traduction en langues étrangères).

2. Favoriser l'accompagnement à l'autonomie notamment grâce à l'éducation thérapeutique du patient

- ⊕ En agissant sur la **qualité des programmes et actions d'éducation thérapeutique**. Il faut inciter et favoriser les programmes pluri professionnels promouvant l'acquisition de compétences psychosociales d'adaptation. La formation des professionnels à l'ETP est un levier fort de la qualité des actions et programmes éducatifs proposés.
- ⊕ En développant de **nouvelles modalités d'actions d'ETP** plus adaptées, telles que les actions éducatives ciblées personnalisées ou l'approche polypathologique. Les actions éducatives ciblées peuvent ainsi être proposées au patient pour l'apprentissage d'un geste, d'une technique de soins, d'une auto surveillance, d'une conduite à tenir complexe. Par ailleurs l'approche polypathologique consiste à établir un programme d'activités commun à plusieurs maladies chroniques, qui permettrait de renforcer leur efficacité (ex : module commun « tabac » décliné dans les programmes portant sur les maladies respiratoires, le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires...).
- ⊕ En encourageant **la participation des patients à toutes les étapes de l'éducation thérapeutique**, y compris dès l'élaboration des programmes. La place des associations d'usagers et des patients experts doit être soutenue et mise à contribution. L'utilisation de technologies innovantes ou autres outils de type *e-learning* peut permettre d'améliorer l'observance, la motivation des patients et le maintien d'une dynamique éducative à long terme.
- ⊕ En prenant en compte **les inégalités sociales de santé** pour privilégier la participation des populations les plus vulnérables notamment par la formation des acteurs afin de leur permettre d'adapter à ce public leur discours, leurs documents et leurs supports.
- ⊕ En prenant en compte les **inégalités territoriales**, développant pour cela les programmes d'ETP intégrés aux soins et au plus près des patients grâce aux structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, etc.) ou en expérimentant des modalités d'ETP par des moyens de communication à distance et des technologies innovantes.
- ⊕ Soutenir, **au-delà de l'ETP** comme outil, l'émergence de projets, d'actions, de dispositifs propres à renforcer les capacités des patients. Des projets sont d'ores et déjà mis en œuvre à titre expérimental dans le cadre de l'appel à projet pour **l'accompagnement à l'autonomie en santé**. Il conviendra de suivre, évaluer et capitaliser à partir de ces expérimentations.
- ⊕ En encourageant l'utilisation accrue des **outils de mesure de la qualité de vie**. Les associations de malades jouent un rôle de plus en plus important dans le soutien de ces mesures et de ces recherches. Elles peuvent intervenir dans l'orientation des recherches et contribuer à la production de connaissances sur leurs maladies.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de patients ayant bénéficié d'actions et/ou de programmes ETP dans le champ des maladies neurodégénératives

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan maladies neuro-dégénératives.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Addictions, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires, Usager acteur en santé.

Chantier 3 : Observer pour mieux organiser les parcours de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie ont fait l'objet de nombreux travaux. De nombreux outils existent dont l'utilisation en routine reste à développer.

Si les modèles de prise en charge intégrés et coordonnés ont des résultats positifs démontrés sur la santé des personnes atteintes de maladies chroniques, leur implantation sur les territoires demeure complexe. Des études doivent se fixer pour objectif d'identifier les facteurs qui facilitent ou freinent la mise en œuvre de ces modèles d'organisation des soins.

L'émergence des maladies chroniques impose, selon le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) « *de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine de parcours* ». Elle suppose l'implication de nombreux professionnels, des aidants et un accompagnement personnalisé et coordonné dans la durée.

Une vigilance particulière sera apportée sur les périodes de transition dans le parcours des patients atteints de maladies chroniques (rupture dans le parcours des soins, transition ville-hôpital, recours inappropriés aux urgences, entrée dans l'adolescence et passage à l'âge adulte...).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Mieux connaître les maladies chroniques pour mieux évaluer leur prise en charge

- ⊕ Un suivi épidémiologique des comportements alimentaires et de l'activité physique ainsi que des maladies chroniques en termes d'incidence, prévalence, facteurs de risque, connaissance épidémiologique de l'évolution, complications, peut justifier la **réalisation d'études spécifiques**, voire la constitution de **registres**. L'amélioration de la recherche autour des diagnostics précoces bénéficiera de ces études dès lors que l'importance de cette précocité de prise en charge est reconnue. La surveillance épidémiologique peut permettre par exemple de renforcer la prévention des maladies vectorielles déjà présentes en région (maladie de Lyme par exemple) ou potentiellement émergentes en lien avec le réchauffement climatique.
- ⊕ Le développement des **connaissances en matière environnementale**, et sur les perturbateurs endocriniens ou les effets de la poly exposition doit permettre une sensibilisation des citoyens sur les comportements à adapter pour limiter les risques.
- ⊕ Le développement d'**études médico-économiques** et les **études de cohorte** dans les maladies chroniques permettent l'évaluation en termes de pertinence des actes ou des traitements. L'évaluation doit aussi porter sur la qualité des modèles de coordination et d'intégration avec le développement d'outils qualité validés (à l'exemple de la technique du patient traceur, validée tant en établissement qu'en ambulatoire). La mesure des coûts générés par l'absence ou les retards de soins ainsi que les coûts évités par la prévention et la lutte contre le non recours sont à prendre en compte.

2. Renforcer la vigilance et la coordination des acteurs aux étapes clés du parcours

- ⊕ **Favoriser le diagnostic précoce** est indispensable pour optimiser la prise en charge de la maladie chronique. Le repérage, le dépistage et la prise en charge précoces des maladies chroniques permettent d'éviter leur aggravation et de limiter au maximum les errances diagnostiques s'accompagnant souvent d'altération de la qualité de vie, d'anxiété et d'exams inutiles. Parallèlement ce diagnostic précoce facilite aussi l'adaptation du patient et de son entourage. A ce titre la déclinaison régionale du Plan maladies neurodégénératives (PMND) prévoit la poursuite des actions de repérage ou dépistage facteur de qualité pour la prise en charge et l'accompagnement qu'il s'agisse des démences précoces, de la sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson.
- ⊕ **Protocoller la consultation d'annonce** qui est un temps essentiel de la prise en charge. Plus le patient s'approprie sa maladie, meilleure est sa capacité à faire des choix en conscience. La bonne adhésion du patient aux traitements qui lui sont proposés, et adaptés avec lui, s'inscrit dans ce processus de d'adaptation de sa vie.
- ⊕ Promouvoir une **gestion prospective et coordonnée de la prise en charge** par une meilleure articulation des professionnels entre eux. Le recours aux référentiels, notamment de la Haute autorité de santé, définissant les parcours de soins et l'enchaînement des interventions guide les prises en charge. Ces actions viseront en particulier à harmoniser les pratiques autour des points critiques du parcours de soin lors par exemple d'une hospitalisation. La mobilisation d'expertise médicale sur le lieu de vie du malade pourra être facilitée par exemple via la télé-médecine.
- ⊕ Pour les personnes souffrant de maladies rénales, **développer des parcours favorisant l'autonomie du fonctionnement rénal** afin d'éviter la dialyse et de retarder la greffe. A toutes les étapes de la maladie rénale, le partenariat est nécessaire avec le néphrologue et les autres intervenants, essentiel, pour, selon le cas, prendre en charge l'HTA, le diabète, arrêter le tabac, adapter l'alimentation... voire recourir à un traitement de suppléance.

Ces aspects seront travaillés en lien étroit avec le thème n°6 « *Organisation d'une démarche parcours* ».

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des cas de diabète de type 1 de l'enfant découverts lors d'une hospitalisation aux urgences pour acidocétose

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national maladies chroniques 2007-2011 ;
- ⊕ Plan maladies neuro-dégénératives ;
- ⊕ Plan Cancer ;
- ⊕ Plan régional soins palliatifs.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Soins palliatifs, Santé mentale, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires, Qualité, Innovation, Démographie des professionnels de santé.

Chantier 4 : Mieux vivre avec la maladie chronique

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Par leur caractère durable, les maladies chroniques peuvent engendrer des difficultés personnelles, familiales, socioprofessionnelles et des incapacités. Il est donc important de prendre en compte la qualité de vie liée à la santé dans les maladies chroniques évoluant à long terme.

Un patient atteint d'une maladie chronique peut avoir des difficultés à suivre normalement une scolarité ou une formation, peut être exposé au risque de perte d'emploi en raison d'une inadaptation au poste de travail et peut être limité dans la pratique d'une activité sportive ou autres activités nécessaires à son équilibre personnel. Enfin, la maladie chronique peut aussi entraîner des handicaps, parfois lourds.

La nécessaire évolution des représentations sociales ainsi que la coordination des acteurs de l'insertion sociale et professionnelle sont à prendre en compte.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser le maintien de la scolarisation des enfants atteints de maladies chroniques

- ⊕ Concernant les enfants, les troubles de santé invalidants, de causes et de natures très diverses, peuvent être très contraignants sur le plan des soins, ce qui perturbe parfois la scolarité. En cas d'aggravation de l'état de santé, des modes de scolarisation autres qu'en milieu ordinaire existent. En application de la loi du 11 février 2005 qui pose le principe d'un **accès de droit à l'éducation**, dispensée si possible dans l'établissement scolaire ordinaire le plus proche du domicile, les aides et aménagements adaptés pour la scolarisation des élèves concernés seront favorisés.

2. Aider les parents atteints de maladies chroniques à s'occuper de leurs enfants

- ⊕ Le **plan personnalisé de compensation** s'attachera en complément de la prestation de compensation du handicap à aider les parents atteints de maladies chroniques à s'occuper de leurs enfants.

3. Faciliter l'accès, le retour et le maintien dans l'emploi

L'emploi, en effet est le premier vecteur d'autonomie financière, et favorise en outre l'intégration sociale et plus généralement la qualité de vie.

- ⊕ **Favoriser la prise en compte précoce du contexte professionnel par le milieu soignant.**
- ⊕ **Favoriser les partages d'expérience** entre malades chroniques portés par les associations (exemple - expérience « tuteur de l'emploi » de l'association François Aupetit).
- ⊕ **Sensibiliser les acteurs de l'entreprise, les professionnels de l'insertion et de l'orientation** sur le maintien dans l'emploi et favoriser leur formation professionnelle.

4. Préserver la vie affective et sexuelle pour améliorer la qualité de vie

La prévalence de troubles de la sexualité s'avère, chez les patients souffrant de maladie chronique, plus fréquente mais aussi plus lourde de conséquences sur le plan émotionnel, relationnel et sur la qualité de vie.

L'amélioration ou la meilleure compliance aux contraintes de la maladie ou de ses traitements est bien souvent directement liée à la **prise en charge des difficultés sexuelles** quand elles existent et à leur amélioration. Le dépistage des troubles sexuels par les professionnels de la santé est à renforcer.

- ⊕ Informer et sensibiliser les professionnels sur l'impact des maladies chroniques sur la vie sexuelle à tout âge de la vie : nécessité d'aborder la dimension de la sexualité dans leur pratique clinique
- ⊕ Former des professionnels aux conséquences sur la sexualité de la prise en charge des maladies chroniques.
- ⊕ Mettre en œuvre des soins de support en lien avec les problèmes sexuels.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de nouveaux projets d'accueil individualisés (PAI) mis en place annuellement pour les élèves ayant un trouble de santé invalidant (maladie chronique, intolérance alimentaire, allergie)

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan régional santé au travail 2016-2020 ;
- ⊕ Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Précarité, Personnes en situation de handicap.



14 Prévenir les cancers et améliorer le parcours de soins des patients

Le contexte

Le cancer est la première cause de mortalité en France et la Bretagne connaît une situation défavorable (surmortalité masculine toutes localisations confondues, forte progression du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les femmes, inégalités d'accès au dépistage organisé, etc.) contre laquelle le PRS précédent a déterminé des priorités volontaristes.

Le cancer est également la première cause de mortalité prématurée évitable pour près de la moitié des décès qui lui sont imputables, notamment le cancer du poumon. C'est pourquoi, il est essentiel d'inclure aux orientations régionales les actions permettant d'agir sur les facteurs de risque liés :

- aux modes de vie (tabac, alcool, alimentation, exposition excessive aux UV, etc.),
- à l'environnement, les principaux étant les expositions aux risques professionnels liés à certains produits physiques et chimiques (amiante, benzène, poussière de bois, etc.), les activités agricoles (pesticides), la pollution de l'air extérieur (particules fines) ou intérieur (matériaux de construction, radon, etc.) ou encore l'action de certains virus et bactéries,
- aux déterminants sociaux défavorables de la santé (précarité, logement, couverture sociale, etc.).

Les finalités

Partant du constat d'une offre globalement bien répartie sur le territoire breton, le PRS précédent a poursuivi la promotion d'une approche graduée, intégrée et transversale de la lutte contre la maladie. En matière d'organisation des soins, les orientations déjà solidement définies par les schémas précédents, adossés aux Plans cancer successifs et aux principes définis par l'Institut national du cancer (INCa), seront confortés.

En complément, il y a lieu de développer des principes d'organisation :

- ⊕ **L'approche plus large du périmètre d'action** : prévention, dépistage, recherche, coordination des parcours des patients et suivi de l'après-cancer ;
- ⊕ **Le renforcement du décloisonnement ville-hôpital**, et l'implication accrue du premier recours dans l'organisation du parcours de santé ;
- ⊕ **Le développement des systèmes d'informations partagés** (dossier communicant en cancérologie, dossier médical partagé, SI parcours, etc.) ;
- ⊕ **L'organisation de l'offre de soins régionale**, qui doit répondre aux principes suivants : gradation des soins au sein des territoires, poursuite et renforcement des coopérations favorisant le regroupement des compétences dans les territoires, **mobilisation des compétences médicales et soignantes au sein d'équipes expérimentées**, réduction des doublons qui ne seraient pas justifiés par des nécessités territoriales ou de taille critique ;



- ⊕ Le **respect des seuils et normes réglementaires d'activité** définies par l'INCa ;
- ⊕ L'attention portée à **l'égalité d'accès aux soins de support**, redéfinis en 2016 par l'INCa.

Quatre chantiers sont ainsi identifiés :

- **Mieux prévenir et dépister le cancer,**
- **Faire évoluer l'organisation de l'offre de soins,**
- **Renforcer la personnalisation et la qualité des prises en charge,**
- **Améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer.**

Chantier 1 : Mieux prévenir et dépister le cancer

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Il existe une part significative de cancers évitables, sur laquelle des actions de prévention et de dépistage ont démontré leur efficacité. En Bretagne, outre l'existence de facteurs défavorables (addictions, environnement, etc.), la région présente plusieurs spécificités imposant des actions adaptées dont une plus forte prévalence des cancers dans l'Ouest et une sur-incidence des mélanomes ou de l'exposition au radon.

Par ailleurs, le diagnostic précoce de certains cancers dans le cadre des dépistages organisés permet d'améliorer le taux de guérison, la survie et d'éviter des séquelles. Or, si les taux de participation aux dépistages organisés du cancer colorectal et du cancer du sein sont supérieurs à la moyenne nationale, il existe d'importantes disparités territoriales, principalement en défaveur du centre de la région.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer les actions de prévention primaire

- ⊕ Agir sur les **facteurs de risque liés aux modes de vie** : « *Déterminants de la santé* » (promotion de la vaccination notamment contre le papillomavirus et l'hépatite B), « *Addictions* » (alcool et tabac), « *Maladies chroniques* » (nutrition et activité physique).
- ⊕ Prévenir l'exposition de la population aux **facteurs de risque environnementaux**. Le lien sera effectué avec le PRSE 2017-2021 piloté par l'ARS, le Conseil régional et la Préfecture de région en insistant sur quelques risques particuliers pour la santé en Bretagne :
 - la réduction des risques liés au radon, spécificité régionale: par la poursuite de l'information de la population, de la formation des professionnels du bâtiment et la sensibilisation des collectivités territoriales pour intégration dans les documents d'urbanisme ;
 - la réduction des expositions aux substances chimiques : par la poursuite de l'accompagnement des professionnels et des particuliers pour la réduction des usages de produits toxiques.
- ⊕ Prévenir les **risques professionnels** liés aux expositions aux produits chimiques, dont les agents cancérigènes-mutagènes-reprotoxiques (CMR) et les pesticides. Le lien sera effectué avec le plan régional santé au travail 2016-2020 et le plan ECOPHYTO 2017-2021, pilotés par les services de l'Etat (DIRECCTE et DRAAF).

2. Mettre en place les nouvelles orientations sur les dépistages organisés et conforter les autres actions de dépistages

- ⊕ Accompagner la création du **centre régional de coordination des dépistages des cancers** issu des **associations pour le dépistage** organisé des cancers (ADEC) ;
- ⊕ Poursuivre des **actions nationales de dépistage organisé** (cancer du **sein** et cancer **colorectal**) avec l'engagement et le développement du dépistage du cancer du **col de l'utérus** (plan cancer 3) ;
- ⊕ Renforcer la sensibilisation du grand public au **dépistage du mélanome**, d'incidence significative en Bretagne.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de couverture vaccinale contre le papillomavirus

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Programme national nutrition santé ;
- ⊕ Plan sport santé bien-être ;
- ⊕ Plan cancer 2014-2019 et notamment ses actions 1-2 (vaccination HPV), action 11-8 (vaccination VHB), et action 1-1 (dépistage du cancer du col de l'utérus) ;
- ⊕ Plan régional santé environnement 2017-2021 (PRSE) ;
- ⊕ Plan régional santé au travail 2016-2020 ;
- ⊕ Plan ECOPHYTO 2017-2021.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Périnatalité-Enfants-Jeunes, Personnes en situation de handicap, Addictions, Maladies chroniques.

Chantier 2 : Faire évoluer l'organisation de l'offre de soins

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Si le précédent PRS a amélioré l'organisation des soins en cancérologie en Bretagne, le principal défi à venir sera d'adapter ces mêmes organisations à la rapidité et à la multiplicité des innovations en oncologie, favorisant une véritable médecine personnalisée :

- Par l'impératif de qualité et de sécurité des soins (référentiels INCa, plateaux techniques en cancérologie et hors cancérologie, équipes formées et expérimentées),
- Par l'optimisation des circuits et des filières (virage ambulatoire, notamment développement de la chirurgie carcinologique, traitements médicaux du cancer à domicile, hébergements non hospitaliers, développement des sites associés pour la dispensation des chimiothérapies),
- Par la réduction des délais de rendez-vous (consultations spécialisées, taux d'équipements médicaux lourds),
- Par la nécessité de continuer à privilégier la cohérence d'une filière cancérologique fondée sur la coopération de l'ensemble des acteurs publics et privés au sein de chaque territoire.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Clarifier l'état des lieux et les perspectives à 5-10 ans de l'offre territoriale

- ⊕ La répartition des 38 sites autorisés pour les activités de cancérologie en chirurgie carcinologique, chimiothérapie et radiothérapie permet, si l'on ajoute les 13 sites associés en chimiothérapie, d'offrir toutes ces options thérapeutiques sur chaque territoire breton. C'est pourquoi, plus que l'augmentation du nombre de sites autorisés pour les activités de cancérologie, il faudra s'attacher à en **améliorer les principes de coopération**.
- ⊕ Au-delà du respect des seuils d'activités réglementaires, les équipes médicales et soignantes devront s'attacher à **renforcer les garanties de qualité et de sécurité des soins** en s'appuyant sur une pratique professionnelle de haut niveau, dont la pérennisation est à poursuivre.
- ⊕ Dans les territoires, l'offre de soins spécialisée en cancérologie devra pouvoir s'organiser autour de **filières lisibles et efficaces**, proposant au patient des services et des organisations intégrés, adossés à des équipements ou des vacations dédiés (organisations "fast-track", plateau d'imagerie), afin de peser efficacement sur les délais de rendez-vous et la qualité de prise en soins.
- ⊕ Enfin, les ressources médicales devront être appréciées à l'aune de la redéfinition des coopérations territoriales.

2. Accompagner le développement des médicaments anticancéreux

- ⊕ Les perspectives de **développement des traitements médicaux oraux** du cancer et leur impact sur les organisations et les ressources, devront être anticipées.



- ⊕ En ce qui concerne les **thérapies ciblées et l'oncogénétique** : les parcours patients hôpital - ville devront être optimisés (prescription et observance de traitements complexes et coûteux) avec l'inscription des données du traitement dans le dossier pharmaceutique patient qui est à encourager.
- ⊕ Il faudra enfin renforcer la diffusion et l'appropriation des **recommandations de bonnes pratiques** et des travaux de l'observatoire du médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) en vue de développer des formations et journées d'échanges sur le sujet.

3. Faciliter l'accès à la recherche clinique et à l'innovation

- ⊕ Le rôle du **Pôle régional de cancérologie** devra être conforté et sa spécificité maintenue : développement de l'annuaire breton des essais cliniques suite à sa labellisation GIRCI (Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation) et cancéropôle Grand-ouest, notamment.
- ⊕ L'accès aux **essais cliniques** devra être amélioré au niveau régional et inter-régional, notamment aux âges extrêmes de la vie par exemple en oncogériatrie.
- ⊕ Les enjeux du développement de la **télé médecine** devront également accompagner les **innovations thérapeutiques** en cancérologie, par-delà les enjeux d'une meilleure accessibilité à l'imagerie médicale (DCC, PACS, télédepistage - plaies chroniques et dermatologie - et télésurveillance - innovation dans le champ de la télésurveillance à domicile des cancers -, etc.).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de recours aux consultations en oncogénétique pour 100 000 habitants

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan cancer.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Innovation.

Chantier 3 : Renforcer la personnalisation et la qualité des prises en charge

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'évolution des innovations en cancérologie, notamment les traitements, impose une mise à jour permanente des compétences professionnelles dans une logique de pluridisciplinarité. Cela doit faciliter une prise en soins globale et personnalisée, tant dans l'orientation initiale du patient que dans son suivi et le soutien qui lui est apporté pendant et après son traitement. Cette prise en soins globale et personnalisée est d'autant plus nécessaire aux âges extrêmes de la vie (oncopédiatrie et oncogériatrie) et se révèle impérieuse en termes d'accès aux soins de support, dont la mise en œuvre est bénéfique sur la qualité de vie.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer la logique de parcours

Les évolutions thérapeutiques et la chronicisation du cancer justifient un accompagnement global et une adaptation des organisations existantes, afin de proposer aux patients une prise en charge adaptée et de qualité. Ceci suppose de pouvoir accéder à une information de référence adaptée, de bénéficier de soins de qualité, d'être accompagné pendant et après la maladie, voire dès le dépistage ; le parcours du patient s'entendant du dépistage à l'après-cancer.

Ce parcours est aujourd'hui coordonné et construit autour du patient, acteur de sa prise en soins. Mais il doit également mieux s'organiser autour de l'équipe de premier recours, dès l'annonce du cancer, durant la mise en œuvre du projet personnalisé de soins (PPS) puis du programme personnalisé de l'après cancer.

Pour chaque malade, dès le début de sa prise en charge et en relais au dispositif d'annonce, est établi un PPS qui formalise les propositions de prise en soins. Il constitue une des conditions transversales de qualité obligatoire dans le cadre des autorisations, dont le contenu minimal a été défini par l'INCa. Ce PPS doit prendre en compte lors de son élaboration une évaluation multi dimensionnelle, en particulier par l'aide aux équipes de premier recours à la détection des fragilités sociales pour garantir l'accès aux professionnels et aux soins de supports adaptés.

- ⊕ Il y a lieu de **systematiser la rédaction du projet personnalisé de soins** dès la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), ainsi que sa diffusion (patient, médecin traitant, équipe de soins primaires, etc.).
- ⊕ Il convient également de **poursuivre l'évaluation de la qualité** des RCP et notamment des PPS par le réseau régional de cancérologie OncoBretagne, dans un souci d'amélioration des pratiques.

Les plateformes territoriales d'appui (PTA), les infirmières de coordination en cancérologie (IDEC) contribuent à l'intervention des professionnels de santé de ville dans l'organisation du parcours de santé. De plus, dans un contexte de développement de la chirurgie ambulatoire et des traitements médicaux du cancer à domicile, l'enjeu de la coordination est essentiel et son apport a été scientifiquement démontré quant à l'observance du traitement et le recours à l'hospitalisation complète.

- ⊕ Il convient donc d'assurer l'implication des équipes de premier recours des **PTA et autres structures de coordination** dans l'intégration et le suivi des patients atteints d'un cancer, et de les former si nécessaire ;



- ⊕ Il est également important de **poursuivre les expérimentations IDEC et « assistance aux malades ambulatoires » (AMA)** en hématologie.

L'amélioration et le développement des outils de coordination et de partage d'informations entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux est également un enjeu régional stratégique majeur tout au long du parcours patient :

- ⊕ Il faut donc assurer le **déploiement du nouveau dossier communiquant en cancérologie (DCC)** et son intégration au **dossier médical partagé (DMP)**. Tous les patients atteints d'un cancer doivent en effet disposer d'un dossier communicant en cancérologie requérant l'utilisation de la solution régionale mise en œuvre et pilotée conjointement par le GCS e-santé et Oncobretagne. Le DCC sera exclusivement renseigné par les professionnels de santé. Tout document ou dossier numérique associé devra pouvoir être interfacé avec le DCC.

Enfin, de manière générale, le parcours du patient gagnera en visibilité par une organisation plus coordonnée de l'offre de soins sur les territoires :

- ⊕ La thématique cancer est ainsi intégrée dans les projets médicaux partagés des **groupements hospitaliers de territoires** ;
- ⊕ Il y a également lieu de préparer l'évolution à venir des missions des **réseaux régionaux en cancérologie**.

2. Prendre en compte certaines populations spécifiques

Cette prise en compte doit être réalisée avec l'aide de structures d'appui, de prévention et de coordination en cancérologie. Selon l'épidémiologie et le contexte socio-économique en effet, la maladie cancéreuse nécessite régulièrement le recours à un niveau d'expertise supplémentaire :

- aux âges extrêmes de la vie : **oncogériatrie** et ses unités de coordination (UCOG) ; **oncopédiatrie** et son équipe ressource régionale,
- pour les **adolescents** et les jeunes adultes,
- en **oncogénétique** et maladies rares : labellisation des nouveaux centres de référence maladies rares dans le cadre du 3^e Plan national maladies rares,
- pour les personnes atteintes du **VIH**,
- pour les personnes en situation de handicap ;
- pour la **population précaire** (y compris la population carcérale), dont les difficultés d'accès et d'adhésion aux dépistages organisés et à la prévention sont patentées.

Des actions visant la meilleure prise en charge pour ces publics spécifiques seront mises en œuvre :

- ⊕ Promouvoir les recommandations vaccinales spécifiques pour les patients sous chimiothérapie et leur entourage ;
- ⊕ Assurer le fonctionnement territorial intra et extrahospitalier de chaque antenne d'UCOG ;
- ⊕ Finaliser la mise en place de l'équipe régionale ressource pour les cancers des adolescents et des jeunes adultes, dans une démarche de complémentarité avec le réseau Pédiatrie onco-hémato Ouest (POHO) ;

- ⊖ Rendre plus lisible le réseau PHARE Grand Ouest et l'ensemble des équipes d'oncogénétique de Bretagne, en lien avec les actions de la thématique n°4.6 « *Génétique et maladies rares* ».

3. Développer l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et le concept de patients ressources en cancérologie

- ⊖ La chronicisation de la maladie cancéreuse implique pour les patients l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation. Les programmes d'**éducation thérapeutique** déjà mis en place en Bretagne, ainsi que toutes les autres formes plus légères d'accompagnement thérapeutique, auront vocation à se diversifier et se pérenniser, afin d'accompagner cette évolution dans la prise en soins du cancer.
- ⊖ A l'instar de ce qui a été mis en place pour les patients atteints de certaines maladies chroniques et conformément au 3^e Plan cancer, il faudra également permettre à chaque patient d'être acteur de sa prise en charge en soutenant des expériences de **participation de patients-ressources bénévoles** dans l'accompagnement de personnes atteintes de cancer. Il sera essentiel d'impliquer les associations de patients dans le développement de ces expériences.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des patients ayant un dossier communicant en cancérologie (DCC) pour tumeur solide, rapporté au nombre de cas vus en réunion de concertation pluridisciplinaires (RCP) dans la région

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊖ Plan Cancer.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊖ Organisation des soins de proximité, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Soins palliatifs, Parcours, Précarité, Maladies chroniques, Qualité, Innovation, Usager acteur en santé.

Chantier 4 : Améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Aujourd'hui, avec la guérison de plus d'un cancer sur deux et la chronicisation de celui-ci, la qualité de vie revêt une importance croissante. En effet, le patient va pouvoir retrouver son cadre de vie, reprendre ses projets et s'engager dans de nouveaux défis. Il devra pour cela, outre son suivi médical de l'après cancer, se reconditionner tant physiquement que psychologiquement.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Formaliser un protocole de surveillance et de suivi délégué du patient pendant et après le cancer

Destiné à être remis au patient à la fin des traitements, le **plan personnalisé d'après cancer** (PPAC) prend le relais du PPS pour acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de l'après-cancer (ou de l'après-traitement). C'est le médecin traitant qui, en tant que pivot de la prise en soin de son patient, prend toute sa légitimité dans l'accompagnement du patient. La rédaction, les modalités de mise en œuvre et le suivi du PPAC ne relèvent donc pas du seul médecin oncologue.

Les actions suivantes seront déclinées :

- ⊕ Poursuivre le déploiement du **dossier communicant en cancérologie**.
- ⊕ **Prendre en compte la phase chronique et l'après cancer dans le suivi patient** lors des RCP et dans le DCC (réinsertion sociale, professionnelle et réadaptation fonctionnelle).
- ⊕ Permettre une évaluation et un **suivi de la qualité des protocoles de l'après cancer** rédigés et transmis au patient, ainsi qu'à son médecin traitant.
- ⊕ Recenser les **soins de support disponibles** sur les territoires.

2. Orienter précocement le patient vers des prises en charge rééducatives et coordonner efficacement le suivi à long terme

- ⊕ L'équipe oncologique proposera au patient l'orientation précoce vers des structures de **prise en charge rééducative et/ou de prévention de la désinsertion socio-professionnelle**.
- ⊕ Par ailleurs, assurer un suivi de santé à long terme du patient nécessite une coordination efficiente entre professionnels de santé, ce qui passe notamment par **l'appui de l'équipe oncologique du patient à son médecin traitant**.

3. Développer les actions de promotion de la santé et de la qualité de la vie après cancer

- ⊕ Les actions de **promotion de la santé et de la qualité de la vie après cancer**, ont pour les patients, notamment vis-à-vis des risques de rechute, une importance déterminante et sont à encourager, notamment la promotion d'une activité physique adaptée.



- ⊕ Pour faciliter l'appropriation des comportements favorables à la santé, il sera nécessaire **d'intégrer les associations de patients dans la promotion d'une activité physique adaptée**, en sus des acteurs de la filière oncologique régionale.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des établissements autorisés pour le traitement du cancer proposant les 4 types de soins de support identifiés par l'INCA

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan cancer.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Soins palliatifs, Maladies chroniques, Innovation, Usager acteur en santé.



15 Améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladies cardio-neuro-vasculaires

Le contexte

Les maladies cardio-neuro-vasculaires (MCNV) recouvrent un ensemble diversifié de maladies fréquentes et graves, dominé par les cardiopathies ischémiques (CPI), l'insuffisance cardiaque et les maladies cérébro-vasculaires. Malgré une diminution continue du nombre de décès cardio-vasculaires en lien avec l'amélioration de la prévention et de la prise en charge thérapeutique, elles sont aujourd'hui la première cause de mortalité chez les femmes, la deuxième chez les hommes et une cause fréquente d'hospitalisation, de décès et de handicap.

Ces pathologies partagent la nécessité d'une prise en charge thérapeutique et éducative au long cours, et le traitement urgent des épisodes aigus, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le parcours de vie de ces patients « chroniques », notamment insuffisants cardiaques ou victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC), peut être rendu très difficile par le handicap limitant l'autonomie.

Par ailleurs, en lien avec le vieillissement de la population et avec les modifications du mode de vie, l'OMS prévoit la recrudescence des maladies cardiovasculaires alors que les facteurs de risque modifiables sont parfaitement identifiés : tabac, inactivité physique, alimentation riche en sel, en sucre et en graisse. La prévention de ces comportements représente un enjeu de santé publique majeur. On assiste ainsi déjà à une augmentation du nombre d'infarctus chez les femmes jeunes car elles sont plus exposées aux facteurs de risque cardiovasculaire que par le passé.

La situation de la Bretagne reste préoccupante car la région se place au deuxième rang des plus fortes mortalités régionales par maladies de l'appareil circulatoire :

- Le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique est plus élevé en Bretagne que la moyenne nationale, mais le recours à l'hospitalisation en court séjour est nettement inférieur pour cette pathologie.
- Les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisation en court séjour pour AVC, sont nettement supérieurs aux taux nationaux.
- Les taux standardisés de mortalité liée à l'insuffisance cardiaque d'hospitalisation s'écartent en revanche assez peu de la moyenne nationale. L'insuffisance cardiaque reste un motif connu d'hospitalisations itératives, qu'il convient de prévenir.

Les finalités

Afin de répondre à cet enjeu majeur de santé publique, il s'agit de poursuivre trois grands objectifs : développer la prévention et l'éducation, améliorer la coordination et l'efficacité de l'offre de soins, améliorer dans la durée le parcours de soins et de vie de ces patients chroniques.

La lutte contre les facteurs de risque vasculaire modifiables doit être poursuivie et renforcée auprès de la population générale, notamment auprès de la jeunesse.

Comme pour toute pathologie chronique, il existe également un **enjeu éducatif** de la prise en charge de ces patients, au moyen d'un accompagnement adapté, réalisé par des professionnels formés, tout au long du parcours des patients.

La structuration et la coordination des filières de prise en charge, rendues lisibles pour les professionnels de santé et la population générale, contribueront à fluidifier le parcours de soins et optimiseront les finalités de recours à l'hospitalisation. Ainsi, l'organisation de l'offre de soins territoriale et régionale doit permettre l'accessibilité pour tous, en temps utile, aux plateaux techniques interventionnels, notamment en urgence. Cette organisation doit également permettre l'accès aux plateaux techniques de rééducation et réadaptation afin de diminuer les séquelles, faciliter la réinsertion dans le milieu de vie et prévenir les récives.

L'articulation entre la ville et les établissements doit être améliorée afin de sécuriser le retour et l'accompagnement au domicile après un épisode aigu, et d'inscrire les soins dans la durée.

La qualité du parcours de soins et de vie des patients requiert, au plan sanitaire, de renforcer le fonctionnement en réseau entre les établissements et les professionnels, tant pour favoriser les soins et prises en charge éducatives en proximité que pour renforcer l'équité d' l'accès aux soins sur les sites de référence.

Les dimensions de l'accompagnement social et psychosocial du patient et de son entourage seront développées dans les thèmes suivants du SRS : maladies chroniques, handicap, personnes âgées et soins palliatifs.

Chantier 1 : Développer la lutte contre les facteurs de risque vasculaire modifiables et favoriser l'ETP

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La prévention primaire des facteurs de risque vasculaires s'adresse à tout public et concerne de nombreuses pathologies chroniques. Elle est traitée dans deux thèmes du SRS : le thème « *addictions* » qui intègre la lutte contre le tabac, et le thème « *maladies chroniques* » traitant en partie des facteurs liés à la nutrition et à l'activité physique.

De nombreuses études ont démontré l'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur le champ des maladies cardio-neuro-vasculaires (MCNV). Sur ce champ, la démarche éducative peut concerner l'aide au sevrage tabagique, l'alimentation, la perception de la maladie et ses répercussions sur la qualité de vie du patient (gestion du stress), la compréhension du traitement médicamenteux afin d'en améliorer l'observance. L'ETP se caractérise également par une approche personnalisée, à l'écoute du patient, dans l'objectif d'adapter la prise en charge, de surmonter les réticences et d'optimiser l'efficacité. Sur 250 programmes d'ETP autorisés au 1er janvier 2017 par l'ARS Bretagne, 3 portent sur les AVC et 51 sur les maladies cardio-vasculaires).

Les enjeux actuels de l'ETP dans le cadre des maladies cardio-neuro-vasculaires sont de développer une offre graduée au plus près des patients avec les professionnels de proximité, de prendre en compte les inégalités sociales et territoriales dans l'accessibilité à cette offre et de permettre au plus grand nombre de patients d'en bénéficier tout en les impliquant directement dans leur prise en charge.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Sensibiliser et former les professionnels médicaux et paramédicaux à la démarche d'éducation thérapeutique du patient

- ⊕ Conforter la **culture de l'accompagnement éducatif** et ses méthodes dans les équipes soignantes en établissement et en ville.

2. Proposer une offre d'éducation thérapeutique en proximité pour faciliter le parcours du patient

- ⊕ Développer l'**offre d'ETP au sein des structures d'exercice coordonné** (centres de santé, MSP, ESP...) avec les professionnels du premier recours et organiser la complémentarité avec l'offre d'activité physique adaptée ainsi qu'avec les programmes et services d'accompagnement (PRADO et SOPHIA, ETP dans les centres d'examen de santé) proposés par l'Assurance maladie.
- ⊕ Organiser, répartir et mutualiser notamment entre la ville et les établissements de santé une offre d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies cardio-vasculaire.
- ⊕ Encourager les **expérimentations spécifiques** de prévention secondaire reposant sur les **professionnels de santé de ville**. En complément des programmes d'ETP, des conseils, informations ou rappels éducatifs ciblés peuvent être réalisés par les professionnels de ville à l'occasion de leur intervention dans le parcours de soins : consultation, acte infirmier ou de rééducation, dispensation des médicaments. Ceci permet de diffuser des conseils et bonnes pratiques à un large public.

3. Favoriser les programmes d'ETP prenant en compte les patients dans leur diversité

- ⊕ Développer l'accès à une offre d'ETP **prenant en compte les inégalités sociales, territoriales et de genre** (ex. : les femmes, dont l'incidence des pathologies cardio-vasculaires affiche une progression péjorative).

4. Grader l'offre ETP

Les programmes ETP destinés aux patients souffrant de MCNV peuvent être déclinés en blocs modulables successifs, communs à différentes affections puis ciblés vers une affection donnée.

- ⊕ Développer, notamment à certaines étapes clés du parcours, des **actions ciblées**, par exemple l'ETP développant les « compétences de sécurité » dispensée à la sortie du court séjour hospitalier pour un épisode aigu.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de patients ayant bénéficié sur l'année d'un programme d'éducation thérapeutique portant sur les maladies cardio-neuro-vasculaires

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national nutrition santé (PNNS) ;
- ⊕ Plan national sport santé bien-être.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Addictions, Santé mentale, Maladies chroniques.

Chantier 2 : Faire vivre et connaître les filières territoriales de prise en charge des cardiopathies ischémiques, de l'insuffisance cardiaque et des AVC

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La filière régionale de soins en cardiologie est structurée en plusieurs niveaux autour des autorisations d'activité :

- Offre de proximité des services de médecine des établissements, parfois adossés à une USC autonome et pouvant disposer sur le site de plateaux techniques de rééducation non spécialisés.
- Offre de recours territorial centrée sur :
 - neuf établissements autorisés pour l'activité interventionnelle avec USIC, principalement dédiée aux pathologies coronariennes (type 3) dont l'activité a crû de 25 % entre 2010 et 2015, avec un taux de fuite régional qui reste limité à 3,5 % en 2015. En urgence, 46 % des patients victimes d'infarctus aigu du myocarde (IDM) n'appellent pas le centre 15 et près de 20 % l'appellent une heure après le début de la douleur, retardant ainsi l'accès au plateau interventionnel et à l'angioplastie.
 - sept établissements autorisés pour les dispositifs implantés et techniques de resynchronisation (type 1) dont l'activité a augmenté de 28 % entre 2010 et 2015 et dont l'accessibilité aux plateaux techniques est globalement satisfaisante avec en 2015, un taux de fuite régional de 7,3 %.
 - neuf sites de SSR spécialisés pour les maladies cardiovasculaires.
- Offre de recours régional centrée sur les deux CHU, seuls autorisés pour la chirurgie cardiaque adulte. La cardiologie interventionnelle pour les cardiopathies congénitales (type 2) est autorisée sur le seul CHU de Rennes.

Cette organisation doit être enrichie d'une coordination transversale entre les acteurs de la filière rapprochant les sites de proximité des centres de référence, pour mieux répondre aux besoins du patient tout au long de son parcours, en particulier pour deux pathologies chroniques émaillées d'épisodes aigus : l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies ischémiques.

La filière régionale de soins pour les AVC est structurée, depuis le plan national AVC et durant le précédent PRS, en plusieurs niveaux :

- Offre de proximité constituée de services de médecine organisés en unités de proximité AVC, plateaux techniques de rééducation polyvalente ou SSR « personnes âgées ».
- Offre de proximité et de recours territorial reposant sur les huit unités neuro-vasculaires (UNV) territoriales et les vingt sites de SSR spécialisés. Les UNV sont accessibles dans des délais inférieurs à 1h au plus grand nombre.
- Offre de recours régional portée par les deux CHU autorisés en chirurgie neurologique et neuroradiologie interventionnelle (NRI).

Cependant, le parcours des patients montre encore, selon les territoires, des disparités d'accès à l'UNV, à la NRI pour thrombectomie et au SSR, majorant ainsi le handicap et les difficultés de réinsertion. En 2015 en Bretagne, seulement 43 % des patients sont pris en charge dans une UNV.

La démographie médicale des spécialités recouvre des situations territoriales hétérogènes et peut impacter le fonctionnement des filières.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Identifier et consolider les filières de prise en charge dans chaque territoire

Ce travail de structuration de chaque filière territoriale doit être mené en cohérence avec les travaux des GHT et avec leurs partenaires ESPIC et privés. Les sites de rééducation et réadaptation font partie intégrante de la filière de spécialité.

- ⊕ Mieux structurer la **filière insuffisance cardiaque** qui doit être articulée avec les filières gériatriques.
- ⊕ Consolider la **filière AVC** en y incluant tous les patients, pris en charge ou non par une UNV.
- ⊕ Améliorer la réponse, au sein de chaque filière de spécialité, aux besoins de la population en **rééducation et réadaptation** et renforcer la **prise en charge ambulatoire**.

2. Consolider les centres de cardiologie interventionnelle

- ⊕ S'assurer que les centres de cardiologie interventionnelle soient en capacité de réaliser l'ensemble des actes relevant de leur autorisation ;
- ⊕ Garantir la formalisation de la **gradation régionale du parcours des patients** et les indications de recours sur les CHU, en cohérence avec les recommandations des sociétés savantes ;
- ⊕ Faciliter l'accès à l'avis d'expert et aux techniques innovantes.

3. Soutenir, par territoire, une approche collégiale pluridisciplinaire

- ⊕ Encourager la mise en place de **réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)** ou de consultations pluridisciplinaires. Leur composition sera adaptée au profil des cas traités. Cette instance professionnelle pourra proposer, hors urgence, l'orientation et la prise en charge de situations complexes, de nouvelles orientations ou anticiper la conduite à tenir pour les patients en fin de vie. A cette fin, le déploiement des consultations post AVC pluridisciplinaires sera poursuivi.
- ⊕ **Anticiper collégalement la fin de vie** : Les directives anticipées sont exceptionnellement formalisées pour ces patients. La question se pose particulièrement pour l'insuffisance cardiaque où le médecin généraliste ne peut pas décider seul de la limitation des thérapeutiques et du maintien au domicile. La décision doit donc être anticipée collégalement entre la famille, le spécialiste référent et le médecin généraliste, au décours d'un séjour MCO ou SSR ou par recours à une RCP, une consultation pluridisciplinaire, ou un avis de l'équipe mobile en soins palliatifs.

4. Renforcer l'accès à l'expertise

- ⊕ Développer et consolider les **temps médicaux partagés**, les expérimentations de **téléconsultations** et **télé expertises** entre les sites de la filière pour rompre l'isolement des uns et rapprocher les professionnels. Ainsi, pour constituer un atout, la gradation territoriale de la prise en charge aigüe des AVC doit faire vivre l'articulation entre unité de proximité (UP AVC), UNV et les équipes de rééducation. Les équipes mobiles SSR pour affections neurologiques, en place sur deux

départements, contribuent à maintenir ce lien avec la filière et avec la ville. L'extension de leur périmètre est souhaitable mais conditionné par le contexte de la réforme tarifaire.

- ⊕ Favoriser **l'accès des médecins libéraux aux consultations externes et plateaux techniques** des établissements (accessibilité aux soins spécialisés et aux techniques non invasives).

5. Faire connaître l'organisation des filières

- ⊕ Optimiser les parcours de soins des patients en **communiquant sur l'organisation des filières** auprès des acteurs en santé du territoire et du public.

6. Evaluer le parcours de soins des patients

Si l'activité des établissements est connue, le parcours des patients est peu documenté.

- ⊕ Réaliser des **études portant sur le parcours** des patients coronariens, insuffisants cardiaques ou victimes d'AVC afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité de l'organisation de l'offre et des filières de prises en charge : accès aux techniques interventionnelles, accès à la rééducation et réadaptation à l'effort, observance du traitement, hospitalisations itératives. L'évolution de l'observatoire breton des infarctus du myocarde (ORBI), doit contribuer à l'évaluation des parcours des patients coronariens, en urgence et au fil du temps.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de cas présentés en réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dédiées aux patients atteints de pathologies cardio-vasculaires en place dans la région

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ SSR, Démographie des professionnels de santé.

Chantier 3 : Améliorer l'articulation ville - hôpital et le suivi au domicile du patient

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le mode d'entrée dans la maladie, pour les pathologies cardio-neuro-vasculaires, est généralement brutal avec hospitalisation et bouleverse le parcours de vie de ces patients et de leur entourage.

Le processus de sortie d'une hospitalisation concentre les risques qui déterminent la qualité du retour au domicile : défaut d'anticipation, de liaison avec les professionnels du domicile, d'informations de sécurité auprès du patient ou de son entourage, tous éléments concourant à l'inconfort du patient et l'exposant à un risque de récurrence et de ré-hospitalisation.

Le suivi médical est assuré au domicile par les professionnels de santé libéraux, généralistes, IDE, kinésithérapeutes, également par le recours à l'hospitalisation à domicile qui reste cependant peu développée surtout pour l'insuffisance cardiaque et les AVC. Si la démographie médicale fragilise l'accès au généraliste et au spécialiste sur certains territoires de proximité, la région peut compter sur le réseau des infirmières libérales et des masseurs-kinésithérapeutes, plus dense qu'au niveau national avec peu de territoires sous dotés.

Les pathologies de l'appareil circulatoire, en particulier l'insuffisance cardiaque et l'AVC sont source de handicap, de complications ou d'aggravation et décompensations, à l'origine de difficultés accrues de maintien à domicile.

Aussi, l'accompagnement des maladies chroniques cardiologiques et neuro-vasculaires nécessite une approche sanitaire et psychosociale coordonnée, sur le long terme et un investissement croissant du patient comme acteur de sa prise en charge. Ainsi, il est nécessaire de maintenir dans la durée chez ces patients une hygiène de vie et une bonne observance de leur traitement.

Le profil évolutif de l'insuffisance cardiaque est émaillé de décompensations, souvent à l'origine d'hospitalisations itératives, qu'il serait possible de prévenir par l'éducation du patient et de son entourage, par une détection précoce des premiers signes de décompensation permettant d'adapter le traitement dispensé au domicile ou lieu de vie. Cet accompagnement est facilité par l'utilisation des dispositifs de télésurveillance ou d'accompagnement type PRADO.

Pour les patients victime d'un AVC, source de handicap visible (hémiparésie) et/ou invisible (troubles cognitifs et de concentration, troubles de l'humeur), les difficultés de réinsertion requièrent également une éducation et un accompagnement du patient et de son entourage pour prévenir et dépister les récurrences et les aggravations.

Ainsi, il s'agira d'accompagner les patients au domicile dans la durée, rompre l'isolement, prévenir les aggravations et les décompensations, tout au long du parcours du patient.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Améliorer le processus de sortie d'hospitalisation, court séjour ou SSR, vers le domicile ou le secteur médico-social

- ⊕ **Formaliser et anticiper le processus de sortie** en y impliquant tous les acteurs, médecins et paramédicaux. L'anticipation doit permettre d'informer les professionnels de la ville de la sortie pour

organiser la continuité des soins. En SSR, il doit comporter, si besoin, une évaluation de l'adaptation du logement au handicap.

- ⊕ Mettre en place pour chaque patient en sortie d'un court séjour pour épisode aigu, un **entretien de sortie personnalisé**, par une IDE formée. Celui-ci vise d'une part à sensibiliser le patient à l'observance du traitement et à l'appel au 15 et d'autre part à l'informer sur son parcours de soins. C'est pourquoi l'ensemble de l'équipe soignante doit être sensibilisée et formée pour réaliser ces entretiens de sortie, partie intégrante de la prise en charge hospitalière de ces pathologies.

2. Conforter les consultations pluridisciplinaires post AVC

Programmées à la sortie mais aussi accessibles depuis le secteur ambulatoire, les consultations pluridisciplinaires post-AVC contribuent à évaluer des situations complexes et à réorienter un patient dans la filière en mettant en place un plan personnalisé de soins et de suivi pour les patients victimes d'AVC.

3. Dépister, par un dispositif d'accompagnement personnalisé, les signes précurseurs de décompensation cardiaque

- ⊕ Faciliter le déploiement des **nouveaux dispositifs d'accompagnement personnalisés** (surveillance par télémedecine, programme de l'Assurance Maladie - PRADO insuffisance cardiaque...) qui visent à alerter le médecin généraliste ou le cardiologue traitant pour ajuster le traitement et éviter ainsi des hospitalisations. Ces dispositifs ont en commun un axe éducatif, réalisé au plus près du patient, par une IDE formée, en liaison avec le médecin traitant et un suivi périodique au domicile, présentiel ou à distance, permettant de dépister les signes précurseurs d'insuffisance cardiaque.
- ⊕ Encourager la **formation** et la **sensibilisation des IDE de la ville et des EHPAD** à cet accompagnement : il existe des structures de formation agréées, plateformes d'ETP, qui mettent en place ces formations courtes de sensibilisation au dépistage.
- ⊕ Mettre en place **des retours d'expérience**, diffusant les organisations et leurs évaluations, en termes de résultats et de confort apporté aux patients, afin d'encourager l'extension de ces dispositifs.

4. Encourager le développement de l'HAD

- ⊕ L'HAD doit être encouragée dans la contribution qu'elle peut apporter, en partenariat avec les équipes mobiles de SSR neurologique, à la **mise en place et la sécurisation du retour au domicile des patients AVC**. L'HAD en SSR doit ainsi permettre d'avoir accès à des professionnels qui n'existent pas en libéral. Les projets territoriaux dont certains sont en cours de finalisation feront l'objet d'une évaluation.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de ré hospitalisation pour insuffisance cardiaque à 6 mois

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Soins palliatifs, Maladies chroniques, Qualité.

Chantier 4 : Développer l'accès à la rééducation et réadaptation des patients coronariens, insuffisants cardiaques ou victimes d'AVC

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La filière cardiologique de rééducation ne répond pas suffisamment aux besoins de réentraînement à l'effort de l'insuffisant cardiaque.

La réadaptation cardiaque est composée du réentraînement physique à l'effort et de l'éducation thérapeutique visant à l'observance du traitement médicamenteux et à la réduction des risques cardio-vasculaires. Elle est recommandée pour tous les patients après un syndrome coronarien aigu, sans considération d'âge et de sexe, et chez l'insuffisant cardiaque, adapté à la gravité clinique, à l'âge et aux comorbidités. Le bénéfice sur le pronostic est démontré avec une réduction de la mortalité cardio-vasculaire et totale de près de 30 % après un stage de réentraînement à l'effort associé à une correction des facteurs de risques.

En Bretagne, neuf établissements sont autorisés en SSR spécialisés cardio-vasculaires sur sept territoires dont deux en hospitalisation partielle exclusivement. Seul le territoire de santé de Pontivy-Loudéac n'a pas d'autorisation pour cette spécialité de SSR. En hospitalisation complète, 47 % des séjours réalisés par les SSR cardiovasculaires adultes font suite à une intervention chirurgicale, réduisant d'autant l'offre pour les patients coronariens ou insuffisants cardiaques. L'hospitalisation partielle (45 % des journées produites) est en nette progression. D'autre part les délais d'attente sont importants (de l'ordre d'un à trois mois).

Le besoin en réadaptation à l'effort des patients insuffisants cardiaques et/ou patients âgés semble insuffisamment couvert. En effet, d'après une étude du parcours hospitalier des patients (PMSI 2015), les patients insuffisants cardiaques et les patients de plus 75 ans coronariens ou insuffisants cardiaques accèdent peu à la réadaptation à l'effort dispensée dans les SSR spécialisés.

Au-delà de la prise en charge médicalisée en SSR, la pratique régulière d'une activité physique adaptée à l'état de santé du patient fait partie intégrante de la prise en charge au long cours de ces patients. Des associations de patients, telles les clubs « cœur et santé », réalisent cette mission, dans un cadre défini par la Fédération française de cardiologie en Bretagne.

L'accessibilité à la filière AVC de rééducation est inégale selon les parcours.

L'accès à la rééducation-réadaptation du patient victime d'AVC est facilité par un passage en unité neuro-vasculaire : or, en 2015 en Bretagne, seulement 43% des patients passent par l'UNV et ce taux est hétérogène entre les territoires. C'est pourquoi, certaines consultations pluridisciplinaires post AVC priorisent les patients non admis en unité neuro-vasculaire pour les réorienter dans la filière en fonction des besoins.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Conforter les centres de rééducation pour les affections cardio-vasculaires et développer leur activité

- ⊕ Améliorer l'**accessibilité aux SSR de spécialité** des patients en encourageant le développement des séances ambulatoires et en priorisant l'hospitalisation complète pour les patients lourds ou complexes.

- ⊕ La mission d'un site SSR de spécialité est également d'animer et de faire vivre le réseau de soins sur son territoire. Dans cet objectif, il faut encourager **la diffusion de leur expertise vers les sites de proximité**, par télé expertise, téléconsultation, équipe mobile, temps médical ou paramédical partagé.
- ⊕ Ces centres ont également une mission, en partenariat avec la Fédération française de cardiologie en Bretagne, de supervision des structures non médicalisées (clubs cœur et santé, associations...) qui dispensent une **activité physique adaptée** aux patients atteints de maladies cardiovasculaires. Cette mission doit être encouragée.

2. Optimiser les ressources en SSR cardiologique en ciblant les indications et en adaptant la durée à l'objectif

L'âge ne constitue pas une contre-indication à la réadaptation à l'effort et il faut sensibiliser la population féminine aux bienfaits de cette réadaptation.

- ⊕ La rééducation des **patients coronariens** vise une réassurance pour inciter ces patients, souvent anxieux, à une reprise de l'activité physique. Pour certains, la rééducation en centre spécialisé pourrait être écourtée et relayée par une activité physique adaptée, sur prescription du médecin traitant, et poursuivre l'ETP dans un encadrement hors SSR.
- ⊕ Par contre, les besoins en SSR des **patients insuffisants cardiaques** ne sont pas suffisamment couverts. L'insuffisant cardiaque, si l'indication au réentraînement à l'effort est posée, a en effet besoin de soins adaptés et longs, relevant de la spécialité.

3. Encourager la mise à disposition des plateaux techniques de rééducation de SSR et cabinets de kinésithérapeutes au-delà des horaires de fonctionnement

Les activités « sport et santé » adaptées aux patients prennent le relais, dans la durée, des séances de réadaptation à l'effort réalisées en SSR spécialisé, le plus souvent au décours d'un épisode aigu. Cette pratique existe, portée par des associations, et permet d'accompagner la pratique d'une activité physique adaptée au bénéfice des patients atteints de maladies chronique cardio-neuro-vasculaires.

- ⊕ **Encourager les activités de sport adapté** en rapprochant les initiatives de leur public et en optimisant l'usage des équipements existants.

4. Encourager et coordonner la gradation de l'offre régionale de rééducation post-AVC

A l'instar de la gradation territoriale de l'offre court séjour de la filière AVC (UNV et UP AVC), l'expérimentation de gradation de l'offre en SSR menée dans le sud-Finistère est perçue très positivement par les acteurs : l'établissement accueille dans une unité SSR polyvalent dédiée, certains profils de patients victimes d'AVC, le plus souvent âgés, non accessibles à une rééducation intensive quotidienne mais nécessitant des soins de rééducation adaptés.

- ⊕ Réaliser une **gradation régionale de l'offre de rééducation post-AVC**. Cette gradation, s'appuyant sur une mise en réseau des ressources par une animation régionale, est nécessaire compte tenu de la diversité des besoins en rééducation post AVC et de leur évolution au fil du temps.
 - Cette gradation peut reposer sur des unités dédiées aux patients AVC en SSR polyvalents ou SSR pour personnes âgées, renforcées en personnel paramédical formé à la prise en charge

des AVC (ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologue...), en lien avec les UNV et le SSR neurologique référent du même territoire.

- La télémédecine, par téléconsultation ou télé expertise, et les équipes mobiles SSR spécialisées contribueront à faire vivre le réseau et à rapprocher les patients des avis et soins spécialisés.
- Enfin, certains patients victimes d'AVC, présentant un handicap majeur et/ou contraire « invisible » mériteraient une évaluation à distance de leurs capacités et besoins, pour que leur soient proposées des prises en charge adaptées.

5. Renforcer la réactivité en hôpital de jour des sites autorisés en SSR neurologique

Certaines **admissions post AVC** seraient possibles **directement en hospitalisation de jour** mais sont insuffisamment développées compte tenu des délais de prise en charge. Certains patients prolongent ainsi le séjour en UNV avant de pouvoir accéder en rééducation en hospitalisation de jour. Il est donc important de favoriser une plus grande réactivité des services d'HDJ des SSR neurologiques.

6. Favoriser l'accès direct au SSR spécialisé depuis la ville

Que ce soit à la demande d'un généraliste ou spécialiste de ville, les **admissions directes en SSR spécialisés**, si les indications sont bien posées, contribuent à l'efficacité du parcours de soins de ces patients chroniques. Les consultations post AVC participent à réorienter certains patients directement vers le SSR spécialisé.

7. Evaluer l'impact de la rééducation-réadaptation et la compliance au traitement

Pour ce qui concerne les cardiopathies ischémiques, l'évolution de l'observatoire breton des infarctus du myocarde (ORBI), doit contribuer à cet objectif.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux d'accès au SSR spécialisé pour affections cardiovasculaires dans les 6 mois après un séjour MCO pour insuffisance cardiaque

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan national sport santé bien-être.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ SSR, Innovation.

Chantier 5 : Mieux répondre à l'urgence en cas d'infarctus aigu du myocarde ou d'AVC

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

En cas de syndrome coronarien aigu ou d'accident ischémique cérébral, outre le risque de mort subite, tout délai supplémentaire à la reperfusion majeure les lésions irréversibles du myocarde ou du cerveau et réduit les chances de récupération. Ces délais sont extrêmement courts à partir de la survenue des premiers symptômes. Ils impliquent une mobilisation et une coordination efficace de tous les acteurs en amont de l'hospitalisation et en intra hospitalier. Or, aujourd'hui, un certain nombre de patients n'accèdent pas assez rapidement à une prise en charge adaptée.

L'observatoire Breton des infarctus aigus du myocarde montre que 45 % des patients n'appellent pas le centre 15 en première intention et 30 % se rendent spontanément chez leur médecin ou aux urgences, retardant d'autant la reperfusion. Le délai médian d'appel au 15 est encore de 43 minutes, plus long chez les femmes et les patients de plus de 50 ans. Par ailleurs, les professionnels évoquent parfois des difficultés à mobiliser un transfert secondaire médicalisé vers le plateau technique de recours.

Il n'existe pas de registre AVC permettant d'étudier les délais d'accès à la thrombolyse en UNV territoriale de proximité ou par télé-AVC et à la thrombectomie en centre régional de neuroradiologie interventionnelle sur les deux CHU. Si le nombre de thrombolyse a augmenté régulièrement, il présente cependant des variations suivant les territoires, posant la question de l'accessibilité aux soins dans les délais requis. L'augmentation très rapide des actes de thrombectomie (126 procédures en 2015, le double en 2016) rend, quant à elle, particulièrement prégnant l'enjeu d'un transfert médicalisé urgent en neuroradiologie interventionnelle.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Former le grand public au reflexe d'appel au 15

- ⊕ Poursuivre la **sensibilisation du public à reconnaître les symptômes** d'infarctus du myocarde et d'AVC et au réflexe d'**appel immédiat au centre 15** pour diminuer les délais pré hospitaliers de prise en charge et les pertes de chance en résultant.

2. Poursuivre le développement de la thrombolyse par télé-AVC entre sites d'urgence des établissements périphériques et l'UNV du territoire

Le site hospitalier de référence a vocation à diffuser ses compétences, physiquement ou par télé-médecine, avec les sites périphériques des urgences et les unités de proximité AVC (UP AVC).

- ⊕ Le développement du **télé AVC** doit être encouragé car il permet de rapprocher l'offre au plus près des patients et de **renforcer l'accessibilité aux traitements de reperfusion**. Les expérimentations télé AVC ont été lancées en 2016 sur deux territoires, avec un retour positif des acteurs.

3. Améliorer la filière pré-hospitalière et le transfert inter établissement en urgence pour développer l'accès à la thrombectomie ou à l'angioplastie coronaire

L'alerte pour infarctus aigu du myocarde et le transfert du patient AVC thrombolysé vers un centre de neuroradiologie interventionnelle impliquent un **transport médicalisé urgent**, primaire ou secondaire, dans les **délais compatibles avec les traitements de reperfusion**. L'objectif d'amélioration des temps de transfert est partagé avec le thème « *Urgences et permanence des soins* » du SRS.

- ⊕ Effectuer, avec le Réseau breton des urgences et les professionnels de la filière cardiologique ou de la filière AVC, une **évaluation de l'organisation actuelle** pour établir un diagnostic étayé de la situation et **remédier aux dysfonctionnements observés**. La télémédecine peut être une des solutions pour sécuriser un transport para médicalisé avec assistance médicale à distance si besoin.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux d'appel au 15 en 1^{ère} intention dans la population ciblée par l'Observatoire régional breton de l'infarctus du myocarde (ORBI)

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Urgences et permanence des soins, Innovation.

RENFORCER LA QUALITE ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE



16 Développer une culture de la qualité et de la pertinence

Le contexte

La qualité des soins et des accompagnements, et plus largement du système de santé, constitue un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes des citoyens, professionnels, et des acteurs de la décision publique.

La notion de qualité est donc considérée au regard des principales évolutions du système de santé et des besoins de la société. Cette évolution est principalement marquée par l'exigence accrue de qualité et sécurité des soins et des accompagnements, attente légitime de tous les usagers de la santé et de leurs aidants. Cette exigence forte participe à l'égalité devant les soins et à la confiance de l'utilisateur dans son système de santé.

Pour prendre en compte les différentes dimensions de la qualité et l'articulation entre la qualité individuelle du soin avec les impératifs collectifs d'efficacité durable et d'accessibilité équitable, il convient de structurer ces objectifs portant sur la qualité à partir de la définition de la HAS : « *la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible* ».

La réflexion portée en région sur la qualité est transversale en ce qu'elle couvre l'ensemble des champs de la santé. En effet, la qualité des soins et la sécurité des usagers font partie intégrante des missions de base et des obligations des établissements de santé et médicosociaux ainsi que des professionnels libéraux. Cela se traduit, notamment, par des politiques d'incitation au respect des normes et référentiels de soins, à la meilleure utilisation du médicament, à la lutte contre la douleur et contre les infections liées aux soins.

En réponse à ces enjeux, le système de santé a fait progresser ses standards et offre à présent un paysage où la qualité et la sécurité des soins en établissements sont mesurées et publiées, où le secteur sanitaire est certifié et le secteur médico-social évalué, où la médecine de ville fait l'objet d'un suivi médico-économique renforcé.

Dans une dynamique d'amélioration continue, cette approche technique initiée en milieu hospitalier portant sur le déploiement de standards de qualité doit se développer dans une perspective de décloisonnement intersectoriel prenant mieux en compte le parcours de la personne et les dimensions liées à la bientraitance et à l'éthique. Pour ce faire, la place du patient dans la décision médicale doit être reconsidérée notamment en renforçant la qualité de l'information qui lui est donnée pour lui permettre de pouvoir prendre une décision éclairée.

La qualité globale du système de soins passe en outre par sa capacité à délivrer des prises en charge pertinentes et adaptées à l'état de santé des personnes. Pour une même affection, la prise en charge doit être comparable d'un professionnel à un autre et conforme aux standards reconnus par la profession. Il y a là un enjeu d'efficacité, d'efficacité et de sécurité, mais aussi d'équité de la prise en charge des patients face à la maladie.

Enfin, face aux situations complexes auxquelles sont confrontés les soignants, il est primordial d'accompagner les professionnels dans la réflexion sur leurs pratiques et les évolutions utiles en veillant à y apporter la dimension éthique nécessaire.

Les finalités

L'enjeu principal est de mettre en œuvre les leviers permettant à la population d'accéder à des soins hospitaliers et ambulatoires et à des accompagnements de **qualité, pertinents et adaptés** à leurs besoins sur l'ensemble du territoire breton et ainsi de permettre une amélioration de la qualité de vie de l'utilisateur du système de santé.

C'est donc cette **vision globale de la qualité** qui sera portée dans les prochaines années ; elle intègre la bienveillance et l'éthique, les questions de pertinence des soins, des actes et prescriptions ainsi que la sécurité et les vigilances. La prise en compte de la contribution des patients et usagers à l'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de santé sera développée au sein du thème « Mobiliser l'utilisateur comme acteur en santé ».

Quatre chantiers sont ainsi identifiés :

- ⊕ Définir une démarche **d'amélioration continue de la qualité** et de la sécurité des soins en s'appuyant sur l'observation partagée ;
- ⊕ Accompagner le développement de la **culture qualité** auprès des acteurs du système de santé ;
- ⊕ Améliorer la **pertinence** des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations ;
- ⊕ Renforcer la réflexion **éthique** dans les pratiques de soins et l'accompagnement des personnes.

Chantier 1 : Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

De nombreuses sources d'observation sur la qualité du système de santé sont disponibles : les données issues de la certification des établissements de santé, des évaluations internes et externes des établissements médico-sociaux, des inspections-contrôles, des réclamations et des signalements. L'observation s'appuie également sur les données de l'Assurance maladie et désormais du Système national des données de santé (SNDS). Sur cette base, le portage d'actions est développé par l'ARS et l'Assurance maladie à destination des établissements et de la médecine de ville principalement sur les thèmes des médicaments, des transports, de la pertinence des soins et des actes, ainsi que des prises en charge.

Les représentants des usagers agissent également pour garantir le respect et la promotion de leurs droits, et contribuer à l'amélioration qualitative du système de santé. En ce sens, il conviendra de capitaliser sur les retours des instances au sein desquelles ils sont mandatés et notamment sur les données annuelles des rapports des Commissions des usagers (CDU) et sur les rapports des conseils de la vie sociale (CVS) des établissements médico-sociaux.

Par la mobilisation de tous les acteurs, il s'agit de développer l'amélioration continue de la qualité en assurant la promotion des bonnes pratiques.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Développer l'observation des données qualité et mieux partager les résultats

La valorisation des données existantes et le partage de bonnes pratiques en matière de qualité seront renforcées en co-construisant et diffusant une information synthétique, pertinente, documentée, territorialisée.

- ⊕ Si les données hospitalières sont aujourd'hui facilement accessibles à partir du site internet Scope Santé, il conviendra de développer la centralisation et le **partage des données régionales** en matière de qualité relatives au champ **médico-social** et de **l'exercice en ville**.
- ⊕ Cette centralisation et capitalisation sur les données disponibles sera facilitée par la mise à disposition de **nouveaux systèmes d'information** tel que les futurs systèmes d'information de l'inspection contrôle ou des réclamations.

2. Co-construire le programme annuel qualité

- ⊕ La définition du programme annuel qualité s'appuiera sur les **données issues de l'observation régionale** et les remontées des partenaires et des usagers. A cette fin, il conviendra de veiller à travailler non seulement sur l'identification des facteurs de non-qualité, mais également sur le recensement des bonnes pratiques en vue d'en assurer la promotion.
- ⊕ L'élaboration du programme annuel qualité permettra d'identifier les **actions régionales prioritaires** en s'appuyant sur la co-construction avec les structures d'appui qualité, les principaux

partenaires et les représentants d'usagers. En déclinaison du thème « *Innovation en santé* », le programme qualité visera également à renforcer l'identification et la communication autour des actions innovantes développées sur les territoires.

3. Mettre en place un dispositif d'évaluation des actions d'accompagnement menées en matière de qualité

- ⊕ Le programme annuel qualité fera l'objet d'une **évaluation annuelle** de ces résultats en vue d'analyser les impacts des actions de promotion de la qualité en région Bretagne.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Innovation, Partenariats.

Chantier 2 : Accompagner le développement de la culture qualité auprès des acteurs du système de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les constats de l'observation régionale mettent en évidence une hétérogénéité dans l'appropriation de la culture qualité, des démarches mises en œuvre et des outils à utiliser pour améliorer la qualité des prises en charges quels que soient les secteurs d'activité. Parallèlement les attentes des usagers du système de santé et leurs connaissances en matière de santé se sont accrues au fil des années avec le développement de l'accès à des informations scientifiques. Simultanément, la volonté de prendre davantage en compte la parole de l'utilisateur s'est traduite dans la loi et au travers de différents programmes.

Le programme national pour la sécurité des patients a vocation à intensifier la mobilisation de tous, patients et professionnels, avec pour objectifs de mieux structurer et de renforcer les actions dans le domaine de la sécurité des patients et d'orienter l'ensemble des acteurs de santé vers des priorités d'actions. Ce programme prévoit la mise en place d'une déclaration et d'une prise en compte des événements indésirables associés aux soins dans une logique d'amélioration des pratiques, via l'analyse des causes systémiques et le retour d'expérience en équipe. Il vise en outre à améliorer la culture de sécurité par la mise en place de formations à la sécurité des soins, le recours à des méthodes pédagogiques innovantes comme la simulation en santé ou encore l'appui des professionnels de santé par des structures expertes.

Le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance prévoit la mobilisation des professionnels et le renforcement de l'effectivité des droits des patients, des résidents et de leurs proches. La promotion de la bientraitance permet de renforcer un modèle de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies en établissement centré sur leurs besoins et leurs attentes. Il favorise également l'implication des usagers dans leurs soins en les resituant dans le processus de décision les concernant.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer la place de la qualité dans la formation initiale et continue des professionnels

- ⊕ La culture de la qualité et de la sécurité se forge le plus souvent avec l'expérience, au contact avec les patients. C'est pourquoi son **enseignement à un stade précoce de la formation initiale** des futurs professionnels doit être privilégié pour permettre d'appréhender les notions de valeurs et d'organisation qui sous-tendent les démarches qualité. La **formation continue** doit ensuite permettre d'accompagner les professionnels et acteurs à l'adaptation de leurs pratiques aux enjeux de qualité et aux évolutions de leur métier.
- ⊕ Les initiatives régionales visant à développer les **dynamiques patient-professionnels, l'implication des usagers** dans le parcours de santé et l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge seront encouragées. Ces démarches porteuses de qualité et reposant sur une co-construction usagers-professionnels sont développées au sein du chantier « *Renforcer la contribution du patient-partenaire à l'amélioration de la qualité du système régional de santé* » du thème « *Mobiliser l'utilisateur comme acteur en santé* ».

2. Faire de la qualité un enjeu managérial

L'implication du management doit être clairement encouragée pour porter la construction d'une véritable culture de sécurité et de qualité.

- ⊕ Le volet qualité et gestion des risques développé dans les **projets d'établissement** engage les priorités institutionnelles pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient ou du résident à toutes les étapes de leur prise en charge, intégrant les activités de support et d'accompagnement au service du soin. En outre, les actions déployées en faveur de qualité de vie au travail seront poursuivies au regard de leur impact direct sur la sécurité et la prise en charge (cf. thème 1).
- ⊕ Plus globalement les démarches de contractualisation avec les établissements de santé constituent des outils de dialogue entre l'ARS et les gestionnaires pour inscrire l'amélioration de la qualité dans les projets d'établissements et faire le lien avec les démarches de certification. Il y aura lieu en particulier de déployer le **Contrat d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** (CAQES) au sein des établissements de santé.
- ⊕ Parmi les dispositifs nationaux qui concourent au développement de l'implication du management, **l'incitation financière à la qualité** (IFAQ) pour le secteur MCO et SSR constitue un levier fédérateur pour améliorer le niveau de qualité en valorisant à la fois le niveau atteint et l'évolution parcourue.
- ⊕ Les **structures d'appui** seront mobilisées pour leur permettre d'assurer le suivi et l'actualisation régulière de leur projet d'établissement et plus globalement de soutenir la conduite de démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement auprès des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

3. Faire du retour d'expérience et de l'évaluation des pratiques professionnelles le socle de l'apprentissage de la qualité

La déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins et des informations préoccupantes relatives à la santé ou la sécurité des personnes prises en charge doit être renforcée.

- ⊕ Le **portail national de signalement** qui **permet aux professionnels et au grand public d'effectuer une déclaration d'événement indésirable grave** aux acteurs concernés (agences nationales, correspondants régionaux des vigilances, ARS) sera promu à cet effet. Cela passera notamment par le déploiement d'appels à projet et/ou d'une charte de confiance en région pour affirmer l'engagement des professionnels dans la déclaration.
- ⊕ Afin de conforter l'amélioration des pratiques, **l'analyse des causes systémiques** des événements indésirables associés aux soins et le partage des **retours d'expérience** en équipe seront renforcés.
- ⊕ L'évaluation des pratiques professionnelles et le retour d'expérience sont autant d'outils qu'il convient de diffuser afin de favoriser l'appropriation au sein des différents secteurs d'activité. Pour ce faire, **l'appui aux professionnels** sera organisé à partir des **groupes qualité des médecins libéraux et des structures d'appui** à la qualité et la sécurité des soins. Le développement de ces actions contribuera au développement professionnel continu (DPC).

4. Poursuivre la structuration du Réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA)

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a réformé le dispositif des vigilances sanitaires et confié aux ARS la mission de coordonner l'action des Structures régionales de vigilances et

d'appui (SRVA). Le **Réseau régional des vigilances et d'appui** (RREVA) est constitué de l'ensemble des SRVA chargées de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans la région.

Les SRVA ont notamment comme mission d'apporter une expertise et un appui à la gestion et la qualité des soins aux établissements, d'organiser des échanges réguliers et des partages d'expériences entre les professionnels.

- ⊕ Le **programme d'actions du RREVA** s'inscrira dans le programme d'action qualité de l'ARS en déclinaison de ce schéma.
- ⊕ Il importe aujourd'hui de parachever la construction d'un **dispositif régional cohérent** et structuré pour tous les types de risques sanitaires et tous les offreurs de soins. Les résultats pour le patient seront à la mesure des synergies et des mutualisations que ces structures sauront développer entre elles, dans les objectifs et les méthodes de travail.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'établissements ciblés annuellement sur le volet additionnel du CAQES relatif à l'amélioration des pratiques

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) ;
- ⊕ Programme Bientraitance.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Innovation, Démographie des professionnels de santé.

Chantier 3 : Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Un soin ou un mode de prise en charge est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices / risques relative à l'efficacité et à la sécurité, et conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes. L'amélioration de la pertinence des soins contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à une meilleure efficacité des dépenses de santé, en évitant des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses indues pour la collectivité.

Dès 2014, une démarche renforcée d'analyse de la pertinence des soins a été engagée en région en investiguant les disparités de recours à différentes techniques de prise en charge. Quatre actes avaient alors été identifiés (l'appendicectomie, la thyroïdectomie, le traitement du syndrome du canal carpien et la pose de la prothèse totale de hanche non traumatique) et avaient fait l'objet de démarches de sensibilisation auprès des établissements.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a renforcé l'assise juridique du renforcement de la pertinence et a offert un levier d'action renforcé aux ARS en promouvant des plans pluriannuels régionaux pour l'amélioration de la pertinence des soins. Ainsi, l'année 2016 a été marquée par l'installation de l'Instance régionale de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) qui doit notamment concourir à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. Dans ce cadre, le Directeur général de l'ARS arrête le Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Il est important qu'une démarche visant à promouvoir la pertinence en région Bretagne parte des professionnels et que l'IRAPS serve de relais pour diffuser les bonnes pratiques. L'objectif est de réduire le recours aux prescriptions, actes et procédures de faible apport pour la santé et à risque d'effets indésirables.

1. Recenser les outils existants de promotion de la pertinence et les analyser

L'IRAPS mobilise deux acteurs principaux pour assurer ce recueil des outils bretons : les **présidents de CME** des établissements de santé et les **URPS** pour mobiliser les professionnels de ville.

- ⊕ Les éléments ainsi recueillis seront analysés en vue de développer et mettre à disposition des professionnels de la région, un kit où figureront les principes fondamentaux d'une démarche pertinence et les outils à l'appui.

2. Accompagner en région l'appropriation par les professionnels des outils existants pour développer la pertinence des soins par l'information et la formation

- ⊕ Il convient de **sensibiliser les professionnels bretons** aux enjeux et outils de la pertinence et aux atypies révélées par des données d'analyse d'activité. Les membres de l'IRAPS sont les principaux vecteurs de cette dynamique pertinence auprès de leurs confrères et peuvent s'appuyer sur les présidents de CME et les URPS. Ils contribuent à définir les modalités d'accompagnement adaptées. A partir d'un diagnostic actualisé annuellement, l'IRAPS identifie chaque année les thématiques de travail privilégiées, inscrites au PAPPAPS.
- ⊕ En complément, l'ARS et l'Assurance Maladie viennent **en appui des professionnels** pour communiquer des données d'analyse étayées, définir conjointement des actions de terrain et des modalités d'accompagnement adaptées pour sensibiliser les acteurs concernés par des atypies. L'accès aux recommandations de bonnes pratiques sera facilité, via les groupes qualité, ou la promotion des outils numériques du type aide à la prescription et à la décision.
- ⊕ Les structures d'appui de la région Bretagne seront également mobilisées sur la base d'un **programme local d'appui** à l'application des recommandations, en s'appuyant sur l'évaluation des pratiques, outil privilégié d'analyse et d'accompagnement
- ⊕ L'évolution des modèles de financement intégrera l'incitation à la qualité et à la pertinence des soins, en basant la tarification sur le parcours ou l'épisode de soins et non sur le seul volume d'activité. Le déploiement par **l'ARS et l'Assurance Maladie** des **contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins** (CAQES) sera un levier de promotion de la pertinence, de la qualité et de l'usage des génériques et biosimilaires, de même que le financement de mesures incitatives par voie d'appels à projets pour développer les actions innovantes et les bonnes pratiques. Ce dispositif est concerté avec les professionnels de santé dans le cadre de l'IRAPS.
- ⊕ La dynamique régionale visant à préserver l'efficacité des antibiotiques par une analyse de la pertinence des prescriptions et à structurer le conseil en antibiothérapie sera poursuivie, en collaboration avec l'Assurance maladie et en association avec les structures régionales d'appui, les infectiologues et les représentants des professionnels de santé et de la médecine vétérinaire.
- ⊕ En outre, un travail en collaboration avec les facultés de médecine, en vue d'implanter de nouveaux contenus dans les cursus de la formation initiale et continue, sera à engager, afin de **sensibiliser les étudiants en médecine à la pertinence**.

3. Sensibiliser les patients

- ⊕ Des **campagnes à l'attention des patients** afin de les aider à se renseigner sur les examens et les traitements qui sont couramment prescrits pourront être développées en veillant à expliquer les situations où ils sont réellement nécessaires et ce que les patients peuvent faire eux-mêmes pour améliorer leur santé. Les associations d'usagers constitueront un vecteur privilégié pour concevoir et diffuser largement ce matériel d'information destinée aux patients. Cet objectif opérationnel est également traité au sein du chantier « *renforcer la contribution du patient-partenaire à l'amélioration de la qualité du système régional de santé* » du thème « *Mobiliser l'usager comme acteur en santé* ».
- ⊕ La promotion du bon usage des produits de santé en établissements et en ville sera poursuivie, en vue de lutter contre l'antibiorésistance, la polymédication et la iatrogénie, notamment auprès d'une patientèle âgée.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de professionnels formés sur la pertinence

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ;
- ⊕ Grands programmes 2018-2022 de transformation du système de santé ;
- ⊕ Programme pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de santé (PPRGDRESS).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Parcours, Démographie des professionnels de santé.

Chantier 4 : Renforcer la réflexion éthique dans les politiques de soins et l'accompagnement des personnes

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La réflexion éthique chez l'ensemble des professionnels du système de santé revêt un enjeu important au regard des situations d'interventions professionnelles et de la vulnérabilité des personnes bénéficiant des prestations. La réflexion éthique est également développée en lien avec la bientraitance.

La réflexion éthique permet de prendre de la distance face à des situations complexes qui se situent parfois dans des zones d'incertitude juridique ou qui mettent en œuvre des logiques de valeurs contradictoires. Elle aide alors à analyser, en amont ou en aval de la décision, **le sens et les valeurs qui guident l'acte de soin ou les modes d'accompagnement** et les pratiques, au-delà d'une action purement technique. Elle **contribue à changer le regard porté sur les personnes soignées ou accompagnées** en considérant la personne comme décisionnaire de ses choix. Il s'agit alors de comprendre les souhaits, les motivations au bénéfice de celui qui reçoit le soin par référence à des décisions anticipées ou à l'histoire de vie de la personne. La réflexion éthique renforce les relations de confiance, concourt à la cohérence dans les décisions et à la cohésion de l'équipe qui doit définir de manière **collégiale et pluridisciplinaire** des enjeux et des alternatives. Elle permet d'établir un cadre dans lequel sera mise en œuvre la décision la plus « juste » possible.

En Bretagne, la réflexion éthique est portée de façon privilégiée par l'Espace de réflexion éthique régional de Bretagne (EREB).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

L'enjeu est de parvenir en région Bretagne à renforcer la réflexion éthique comme approche méthodologique au cœur des relations, des pratiques et des soins. Pour ce faire, les objectifs opérationnels suivants ont été identifiés avec l'appui de l'EREB.

1. Inscrire la réflexion éthique dans les pratiques quotidiennes

- ⊕ La réflexion éthique doit davantage s'inscrire dans la pratique et être partagée par les **professionnels** par le biais d'actions de sensibilisation et de formations.
- ⊕ Veiller à ce que toute personne soignée soit considérée comme actrice de sa santé, y compris lorsqu'elle est en situation de fragilité (troubles cognitifs, troubles de l'identité, etc.) et dans l'incapacité de participer à la délibération médicale ou d'exprimer son consentement, en y associant l'entourage le cas échéant.
- ⊕ Il convient également de poursuivre la sensibilisation du **grand public** aux enjeux éthiques. A ce titre, l'EREB poursuivra l'organisation d'actions d'information et de communication du type colloques et soirées débat.

2. Accompagner la réflexion éthique au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux

Avec la certification dans le sanitaire ou l'évaluation dans le médico-social, les exigences relatives aux démarches éthiques sont renforcées.

- ⊕ La création de **comités d'éthique** au sein des structures hospitalières ou médico-sociales sera encouragée en région. A cet effet, l'EREB assurera un accompagnement des établissements et services ayant un projet de création de comité d'éthique, en favorisant le partage d'expériences entre instances locales.
- ⊕ La sensibilisation des acteurs aux enjeux du renforcement d'une réflexion éthique partagée pourra également être encouragée par l'élaboration et la **diffusion d'une charte** portant sur les valeurs du soin et de l'accompagnement.
- ⊕ La promotion de la bientraitance et du questionnement éthique pourront aussi être portées via la **contractualisation**.

3. Développer la réflexion éthique sur les thèmes d'innovation

Dans le domaine de la santé, la rapidité des innovations technologiques requiert plus encore qu'ailleurs un recul critique sur les conséquences de leur application. Le développement scientifique et technologique est source de progrès mais peut également générer des effets secondaires dont certains pourraient se révéler pervers pour le patient. La dimension éthique est donc intrinsèquement liée au processus de recherche et d'innovation.

A ce titre, il conviendra d'articuler les travaux sur le thème « *Innovation en santé* » avec **l'exigence d'une réflexion éthique** qui s'attachera à interroger les innovations qu'elles soient organisationnelles, comportementales, techniques, numériques, diagnostiques ou thérapeutiques.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de couverture des établissements et services par une charte éthique

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Parcours, Innovation, Usager acteur en santé.

DEVELOPPER LA PERFORMANCE ET L'INNOVATION DU SYSTEME DE SANTE



17 Favoriser l'accès à l'innovation en santé

Le contexte

Le monde de la santé est entré dans une ère d'innovations radicales. Télémédecine, « *big data* », intelligence artificielle, robotique ou encore génomique, ces disciplines médicales naissantes vont entraîner l'avènement d'une médecine plus prédictive, préventive, personnalisée et participative. L'accélération de ces innovations en santé bouleverse les modes de prise en charge. Elles permettent non seulement de moderniser les organisations actuelles, mais aussi d'imaginer des pratiques nouvelles. L'impact qu'elles génèrent dans le système de soins, qu'il s'agisse des établissements de santé, des structures médico-sociales ou des soins dispensés en ville, est majeur et source de progrès médicaux au bénéfice des patients.

La question de l'innovation est au cœur des politiques publiques de santé. Ainsi, la stratégie nationale de santé ainsi que la stratégie nationale de recherche prévoient des orientations fortes afin de « promouvoir une recherche de pointe au profit de tous les patients » ainsi qu'un « accès garanti et favorisé à l'innovation ». En complément, elles insistent sur la nécessité de « développer une offre de soins toujours plus innovante et efficace, grâce au développement d'approches thérapeutiques innovantes, de nouveaux protocoles de soins, et de modalités plus personnalisées de prise en charge des patients.

A ce titre, une Délégation à l'innovation en santé, placée sous l'autorité du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, a été créée au mois de septembre 2016, afin d'anticiper et d'accompagner le développement et la mise sur le marché de tous types d'innovations : médicaments, vaccins, biothérapies, diagnostics, dispositifs médicaux, e-santé, innovations organisationnelles.

L'innovation en santé se caractérise par la nouveauté, la réponse aux besoins de la population et la valeur ajoutée par rapport à l'existant. Toutes les étapes comprises entre l'idée nouvelle et la mise en œuvre opérationnelle relèvent du champ de l'innovation. L'innovation en santé recouvre aussi l'innovation des technologies, des organisations, de la prise en charge et des comportements. Autant de domaines révolutionnés par la e-santé et les programmes de recherche. Dans un contexte de forte contrainte budgétaire, la cohérence et l'efficacité du développement des innovations sont des impératifs et nécessitent la mise en place d'un cadre qui garantisse la complémentarité des programmes définis à l'échelle nationale et des projets d'initiative locale et régionale.

L'enjeu sera de faciliter l'accès des patients aux innovations et d'accompagner leur développement aux côtés des différents partenaires et acteurs, dans le cadre d'une réflexion plus prospective.

Les finalités

L'émergence et la diffusion d'**innovations au service de la qualité et de la performance** effective du système de santé seront soutenues en vue d'en favoriser un accès égal et précoce sur le territoire breton. Cela implique de proposer des modalités d'accompagnement adaptées au stade de développement des innovations (appui à l'organisation, financement, appui technique) et de faire émerger les initiatives innovantes.

Il est également nécessaire de prendre en compte leur impact par la promotion des démarches d'évaluation (clinique, d'usage et médico-économique) afin de repérer les innovations les plus utiles et d'assurer dès leur conception, la portée régionale des projets structurants.

Ceci implique d'aborder une démarche qui couvre les domaines de l'innovation apportant une valeur ajoutée sur les volets suivants : organisationnel et comportemental, technique et numérique, diagnostique, thérapeutique au service du parcours du patient, de la performance et de la prévention. En effet, notre système de santé a besoin de ces innovations pour **dépasser les difficultés de coordination** entre professionnels, faire face à une part croissante de patients atteints de **maladies chroniques**, permettre aux usagers et **patients d'être plus impliqués** dans leur prise en charge...

Parallèlement, en considérant que l'innovation doit avant toute être un bénéfice pour les individus et la santé publique, elle doit faire appel à la fois aux principes de **l'éthique médicale**, de la **recherche** et de la **déontologie**. Cette exigence, de nature à préserver les intérêts de la personne doit être intégrée dans les projets innovants. Dans la continuité de ces fondements, l'objectif sera également d'associer les usagers et professionnels dans la démarche générale d'accompagnement au développement des innovations en santé.

Pour mener à bien ces objectifs, la diffusion d'une information claire et sécurisée sur les innovations sera assurée. Il est nécessaire d'anticiper/détecter les innovations en partageant une veille stratégique (besoins, solutions, réglementation) permettant d'observer et d'analyser les besoins, l'activité, les organisations et les financements. Il est également indispensable de créer plus d'interdisciplinarité et de partenariats afin de stimuler et de rendre cohérent l'écosystème des acteurs en région. Il conviendra, à ce titre, de **faciliter l'effort de recherche** par une intermédiation plus efficace et de garantir un accès mieux réparti des innovations sur le territoire et au sein des différentes populations en veillant à ce que les politiques menées ne conduisent pas à accroître les écarts entre territoires.

Les organisations innovantes relatives à la coordination du parcours (thèmes 6 à 12), l'organisation des soins de proximité et de la permanence des soins (thèmes 2 et 3), l'organisation des soins hospitaliers (thèmes 4.1 à 4.8)..., seront ainsi complétées des chantiers suivants :

- Renforcer la coordination des soins par le partage et l'échange dématérialisé de données utiles aux prises en charge ;
- Améliorer la connaissance du système de soins par la mise à disposition de services innovants ;
- Favoriser la performance des structures et l'appui aux organisations innovantes ;
- Développer la recherche appliquée à la santé ;
- Formaliser les collaborations avec les différents partenaires pour soutenir l'innovation.

Chantier 1 : Renforcer la coordination des soins par le partage et l'échange dématérialisé de données utiles aux prises en charge

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La prise en charge des patients appelle une meilleure coordination par les professionnels de santé et médico-sociaux, les aidants et le patient lui-même. La numérisation et la circulation des données représentent à ce titre un levier important.

Le contexte est celui des ruptures de prise en charge qui constituent un problème majeur de qualité et de sécurité et, de ce fait, d'efficacité du système de santé. Les lieux d'interventions de soins ne sont plus seulement le professionnel ou l'établissement de santé (ES). La réduction des durées de séjour en ES fait que le domicile et les établissements médico-sociaux (EMS) médicalisés sont aussi des lieux de soins nécessitant la mise à disposition de documents partagés.

Peu d'outils répondent actuellement aux besoins de la coordination inter-structures ou professionnels, de nombreux échanges d'information se font encore par mail, téléphone ou fax. D'où la nécessité de mettre en place un outil informatisé pour la gestion des parcours santé-social.

Parallèlement, des outils socles permettent d'apporter un premier niveau de service (messagerie sécurisée et dossier médical partagé) et méritent d'être accompagnés dans leur généralisation.

La multiplicité des lieux d'intervention, ainsi que la raréfaction de certaines spécialités médicales impliquent également la transversalité des solutions comme la télémédecine. En effet, l'amélioration de l'accès aux soins dans des territoires démunis ou pour des patients isolés requiert également l'utilisation de services numériques permettant la coopération entre les professionnels de santé et une meilleure prise en charge du patient.

Ce premier chantier couvre plus particulièrement les outils qui peuvent être conçus de manière mutualisée. Sont visés notamment les services favorisant l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information mais également tout service répondant aux besoins de coordination et de partage, en prenant en compte les projets conduits en région ces dernières années.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser la gestion d'un parcours santé-social par la mise en place d'un service régional informatisé et partagé

- ⊕ Le **système d'information « Parcours et Coordination »** sera accessible par la plateforme régionale télésanté offrant un bouquet de services suffisamment complet pour couvrir les différents aspects de la prise en charge: administratif, médical et social. Des éléments interactifs associés au parcours seront également disponibles (partage d'un PPS, signalement d'un évènement...). Il permet de soutenir les activités d'appui à la coordination (MAIA, Réseaux, PTA, dispositif ETP...) et aux établissements de santé et structures médico-sociales d'interagir efficacement avec eux, sur la base d'une identification des fonctions SI communes.
- ⊕ La mise en place performante et sécurisée de services numériques parcours et coordination implique de maîtriser l'ensemble des problématiques d'**identito-vigilance**, dans l'espace territorial et régional de déploiement des services.

2. Poursuivre l'articulation des secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux, par le déploiement des services numériques socles

La coordination dans le cadre de la prise en charge ponctuelle des patients nécessite l'accès à des outils standard de partage et d'échange de données tels que le dossier médical partagé (DMP) et les messageries sécurisées de santé (MSSanté). Pour ce faire, l'accompagnement des professionnels est indispensable à une bonne appropriation et utilisation au quotidien des services numériques.

- ⊕ Le **dossier médical partagé** centralise les informations et les documents utiles à la prise en charge globale du patient. Sa généralisation en région est prévue à compter de l'année 2018 après une expérimentation conduite par la CPAM des Côtes d'Armor. Celle-ci s'accompagnera d'une communication auprès des professionnels et du grand public sur la confidentialité des données et leurs conditions d'utilisation.
- ⊕ Il sera également alimenté par le **dossier communicant en cancérologie** (DCC) qui a vocation à informatiser les principaux processus et documents standardisés du parcours de l'ensemble des patients atteints de cancer. Les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient auront accès à ces documents *a minima* par messagerie sécurisée.
- ⊕ L'utilisation de **messageries sécurisées** MSSanté permet aux professionnels de santé des secteurs sanitaire et médico-social, d'échanger entre eux, sous forme dématérialisée, des informations utiles à la coordination des soins, dans des conditions de sécurité protégeant leur responsabilité professionnelle et garantissant la confidentialité des données de santé à caractère personnel des patients.
- ⊕ Le déploiement de systèmes d'informations partagés au sein des **maisons de santé pluri professionnelles** (MSP) facilitera les exercices coordonnés et pluri-professionnels. Sa mise en place, conditionnée à l'utilisation d'un logiciel labellisé par l'ASIP, sera généralisée au sein de tous les sites qui bénéficient de l'accord interprofessionnel.

3. Améliorer l'accès à l'expertise médicale dans le cadre des soins urgents ou programmés par le développement de la télémédecine

La télémédecine ne se substitue pas aux pratiques médicales actuelles mais peut apporter un appui aux professionnels de santé isolés et en ce sens favoriser une plus grande attractivité de ces territoires. Elle doit reposer avant tout sur un projet médical répondant à des priorités et aux besoins de la population et des professionnels de santé. C'est en ce sens qu'elle s'intégrera au sein d'un parcours de soins et qu'elle sera source d'équité sanitaire pour le patient.

- ⊕ L'ARS a chargé le GCS E-santé Bretagne, maître d'ouvrage régional des projets de systèmes d'information de santé, de construire une **plateforme de services de télémédecine** génériques (STERENN). Cet outil vise à offrir les fonctionnalités et les référentiels nécessaires à la mise en œuvre d'activités de téléconsultations et de télé-expertises.
- ⊕ Les **projets existants** ayant démontré leur efficacité et efficience **pourront être élargis** aux territoires le nécessitant, permettre de diversifier l'offre de spécialités sur un projet existant, d'apporter un appui à la structuration des filières graduées de soins. L'articulation entre les établissements sanitaires, médico-sociaux et la médecine de ville sera poursuivie grâce à la téléconsultation, la téléexpertise, la télééducation et la télésurveillance.
- ⊕ Des activités de télémédecine permettant d'expérimenter de **nouvelles applications** seront initiées que ce soit au niveau des populations et secteurs engagés ou au niveau des champs restant à couvrir et pour lesquels la télémédecine représente une réponse pertinente. A cet effet, le maillage

territorial des services de télémedecine en Bretagne sera complété et étendu. La définition d'une tarification des actes permettra également de pérenniser les activités dans leur fonctionnement.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de structures utilisatrices du SI Parcours

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Volet numérique du programme Territoires de Soins 2021 et programme « e-Parcours » ;
- ⊕ Expérimentation PAERPA ;
- ⊕ Accord conventionnel interprofessionnel ;
- ⊕ Plan cancer 2014-2019 ;
- ⊕ Programme ETAPES (expérimentation du financement des actes de télémedecine) ;
- ⊕ Plan national télémedecine DGOS ;
- ⊕ Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires ;
- ⊕ Plan e-santé 2020.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Parcours, Personnes âgées, Maladies chroniques, Cancer, Maladies cardio-neuro-vasculaires.

Chantier 2 : Améliorer la connaissance du système de soins par la mise à disposition de services innovants

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

De plus en plus de personnes demandent à prendre une part active aux choix de santé les concernant, aussi cette population recherche des informations sur sa santé fiables et accessibles. Parallèlement les professionnels expriment le besoin de disposer des informations utiles pour faciliter l'orientation de leurs patients.

Ce besoin partagé traduit la nécessité de mieux coordonner et valoriser une offre régionale existante.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser l'accès des usagers à une information de référence

- ⊕ Le **Service public d'information en santé** (www.sante.fr) prévu par l'article 88 de la loi de modernisation de notre système de santé, a vocation à proposer à tous un accès unique et complet à l'information en santé de référence. Cet outil pourra intégrer des informations complémentaires émanant des d'associations, collectivités territoriales, universités, etc. et sera complété par l'identification d'un maillage de personnes relais au niveau local (le médecin traitant, les associations, le voisinage...) qui pourront être formés grâce au travail d'appui de la plateforme régionale d'éducation et de promotion de la santé et à la mobilisation de tous les intervenants. L'objectif sera de disposer du site en 2018 en région en définissant les modalités d'alimentation attendues par l'ARS.
- ⊕ Piloté par la Haute Autorité de Santé, le **dispositif e-Satis** mesure la satisfaction des patients hospitalisés en continu grâce à un questionnaire en ligne. Ces informations seront remises à la disposition tant des usagers que des professionnels de santé (portail ScopeSanté). L'ARS veillera à en valoriser les données.
- ⊕ L'ARS apportera les informations nécessaires à la complétude du site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, portail qui a vocation à faire connaître et à comparer les offres d'hébergement en établissements.
- ⊕ Le **Répertoire opérationnel des ressources** (ROR), outil de description opérationnelle de l'offre de soins, sera généralisé. Il doit permettre une meilleure prise en charge des patients sur le périmètre hospitalier, ambulatoire et médico-social. Cet outil partagé sera actualisé par les professionnels eux-mêmes. Il doit permettre également de répondre à des situations sanitaires exceptionnelles.

2. Faciliter les parcours en améliorant les dispositifs d'orientation

L'amélioration de la connaissance du système de soins passe aussi par la mise à disposition des informations relatives à l'orientation des usagers, aussi bien pour les professionnels que pour les personnes et si nécessaire les aidants. En effet, le constat est avéré d'un manque d'outils d'observation, d'évaluation et de description des besoins permettant la réalisation de diagnostics territoriaux pertinents et une adaptation fine de l'offre aux besoins des usagers, notamment dans le secteur du handicap.

- ⊕ Conformément aux priorités de la CNSA, un système d'information de **suivi des orientations des personnes en situation de handicap** vers les établissements et services médico-sociaux sera déployé.

Il permettra d'apporter un appui aux territoires dans le cadre du projet « réponse accompagnée pour tous ». Cet outil d'informatisation du suivi des orientations vise à mieux suivre les orientations de façon partagée, de faciliter et de suivre le parcours des personnes en situation de handicap, de permettre à la personne de suivre l'avancement de la mise en œuvre de son orientation, et de favoriser l'équité de traitement des demandes par la consultation de l'offre disponible sur l'ensemble du territoire national.

- ⊕ Une étude de faisabilité relative au développement d'un **module spécifique aux personnes âgées** pour faciliter la démarche d'inscription pour les professionnels et les usagers dans les EHPAD à l'aide d'un dossier d'admission unique et dématérialisé sera effectuée.
- ⊕ Une fonctionnalité d'observation sera nécessaire au sein de ce système d'information afin de permettre aux Conseils départementaux et à l'ARS de disposer d'une **vision consolidée de l'offre** disponible et des besoins.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de structures peuplées dans le ROR

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan E-santé 2020 ;
- ⊕ CNSA : cadre d'urbanisation du SI de suivi des orientations des personnes handicapées.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Urgences et permanence des soins, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Parcours, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Situations sanitaires exceptionnelles, Usager acteur en santé.

Chantier 3 : Favoriser la performance des structures et l'appui aux organisations innovantes

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'innovation est un levier pour développer de nouvelles prises en charge adaptées et efficaces. Celle-ci est multi-dimensionnelle ; elle repose tant sur la détermination d'organisations nouvelles que sur l'utilisation des potentialités offertes par le numérique. Elle a vocation à être soutenue par la mobilisation du Fonds national dédié à l'innovation prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

C'est la maturité du système d'information d'une structure qui peut être déterminante pour renforcer la performance et la sécurité du système de santé. Il faut accompagner un usage généralisé du numérique au sein des établissements de santé et médico-sociaux dont l'informatisation est encore inégale en terme de maturité.

Le changement organisationnel le plus emblématique de la période est le virage ambulatoire qui permet de recentrer l'hôpital plus sur les soins que sur l'hébergement en fonction de l'état de santé et de l'environnement du patient.

Pour les systèmes d'information, le premier objectif sera le partage de l'information grâce à sa bonne intégration dans des dossiers médicaux transversaux et le deuxième sera de conforter les échanges entre acteurs de l'ambulatoire, de l'hospitalier et du médico-social dans un même territoire.

Cette mise en convergence des outils permettra aussi d'optimiser le traitement des situations d'urgence, d'alerte et de crise.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Poursuivre la modernisation des systèmes d'information

- ⊕ La montée en charge de l'**informatisation en établissement de santé** sera accompagnée prioritairement sur les cinq grands domaines fonctionnels déterminés par le programme Hôpital Numérique : les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ; le dossier patient informatisé et interopérable ; la prescription électronique alimentant le plan de soins ; la programmation des ressources et l'agenda du patient, et le pilotage médico-économique.
- ⊕ Les **groupements hospitaliers de territoire** (GHT) assureront l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, avec la mise en place d'un dossier patient communiquant au 1er janvier 2021. Il devra répondre aux objectifs du projet médical et faciliter la mise en place des autres fonctions supports du GHT (notamment la mise en place d'un DIM de territoire et de la fonction achat).
- ⊕ La mise en convergence et l'amélioration des outils existants permettra également d'optimiser le **traitement des situations d'urgence, d'alerte et de crise**. Le système d'information et de télécommunication constitue pour chaque SAMU un composant vital dont la qualité conditionne le service rendu aux patients et à la collectivité et réinterroge la pertinence d'outils multiples destinés au domaine des urgences.
- ⊕ Il est également indispensable que les systèmes d'information intègrent des actions relatives à la **cybersécurité**, notamment en ce qui concerne la protection des données.

- ⊕ La modernisation des SI concerne également le **secteur médico-social**. Elle visera à faciliter une remontée de données fiables au niveau territorial, régional et national.
- ⊕ La généralisation de **l'informatisation des soins pour tous les établissements médico-sociaux** sera encouragée dans le cadre de démarches mutualisées et urbanisées en conformité avec les initiatives existantes (DMP, compatibilité supportant une messagerie sécurisée de santé) et s'appuyant sur des hébergeurs agréés « hébergeurs de données de santé » (HDS).

Pour assurer le bon fonctionnement du système de soins dans son ensemble, il est indispensable de garantir l'intégrité des données sensibles face à l'accroissement des risques d'atteinte à ces systèmes.

- ⊕ Afin de renforcer la confiance et l'adhésion des professionnels, des patients et plus largement du grand public, la Politique générale de **sécurité des systèmes d'information de santé** (PGSSI-S), fixant le cadre de la sécurisation des systèmes d'information de santé, sera déclinée en région.
- ⊕ Le renforcement de la veille et de la sécurité sanitaire est assuré par la montée en charge du **portail de signalement des événements sanitaires indésirables** qui permet aux professionnels et aux usagers de signaler aux autorités sanitaires tout événement lié à un acte de soin ou à l'utilisation d'un produit à usage médical ayant entraîné un impact sur la santé.

2. Favoriser les organisations innovantes au service du virage ambulatoire et de la prévention

- ⊕ L'accompagnement des patients sera facilité par la diffusion d'**outils numériques** permettant de maintenir un lien continu avec les équipes médicales et de garantir une continuité dans le suivi. Ces services peuvent être mobilisés **avant une intervention** ou un rendez-vous en rappelant automatiquement les procédures à appliquer au niveau médical et administratif, mais aussi dans le cadre du **retour à domicile** (rappel des protocoles, médicaments...), soit de façon plus poussée grâce à une application adaptée (formulaire type saisie en ligne, transmission de paramètres vitaux, téléconsultation...) permettant de suivre le rétablissement du patient et d'identifier des éventuelles complications. Il est nécessaire de veiller à ce que ces dispositifs ne stigmatisent pas les personnes fragilisées (patients âgées peu à l'aise avec le numérique) ou en situation de précarité (sans accès internet...).
- ⊕ Les services socles favorisant la communication entre la ville et l'hôpital (messagerie sécurisée, DMP...) seront également mobilisés.
- ⊕ Dans le cadre du programme « ETAPES » de tarification de télémédecine, les **dispositifs de télésurveillance** autour de l'insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, le diabète et les arythmies seront expérimentés. Ils permettent d'assurer une surveillance médicale entre les consultations et les séjours hospitaliers et prévoit un accompagnement thérapeutique pour permettre au patient de s'impliquer dans sa surveillance et d'adhérer ainsi à son plan de soins.
- ⊕ La plus-value des **solutions numériques au service de la prévention** primaire et du suivi comportemental des personnes bien-portantes (« *serious game* », objets connectés et applications de *coaching* santé...) sera évaluée en termes d'impact de santé publique.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de patients bénéficiant d'un dispositif de télésuivi médical à domicile

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ E-sante 2020 ;
- ⊕ Programme « Hôpital Numérique » et « E HOP 2.0 » ;
- ⊕ Programme « ETAPES » ;
- ⊕ Dispositif ORSAN.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Urgences et permanence des soins, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Maladies chroniques, Situations sanitaires exceptionnelles.

Chantier 4 : Développer la recherche appliquée à la santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les recherches scientifiques conduites dans le domaine de la santé constituent un préalable incontournable aux interventions nécessaires pour améliorer la santé des individus et des populations. Elles associent des démarches fondamentales, de recherche clinique et de recherche en santé publique. Elles constituent un levier d'efficacité pour les établissements de santé et pour la médecine de ville, en termes d'attractivité, de démographie médicale et pour la diffusion précoce de l'innovation à tous les patients.

Malgré les atouts dont dispose la France dans le domaine, la recherche en santé pâtit d'une fragmentation institutionnelle, tant en matière d'identification des enjeux collectifs de recherche que de financement.

Parallèlement, la loi de santé de 2016 confère aux ARS l'organisation territoriale de la recherche en santé. Elle prévoit que les ARS associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à cette gouvernance et planification régionale de la recherche en santé.

Il est donc nécessaire de définir une stratégie régionale partagée en faveur de la recherche en santé en termes de priorités, de structuration, de lisibilité et de reconnaissance, laquelle était jusqu'ici majoritairement pilotée par le niveau national directement et principalement vers les CHU dans le cadre d'accompagnement financier aux projets.

Ces actions devront s'inscrire en cohérence avec les réflexions conduites en la matière au sein du Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser l'accès aux traitements et à la recherche et accompagner le développement des coopérations

- ⊕ Il est nécessaire de renforcer la **visibilité territoriale des projets de recherche** en cours et de favoriser la connaissance entre les acteurs (CHU, CH, EHESP, ES privés).
 - Les partenariats visant à accompagner la recherche hors CHU seront consolidés : accès documentaire, aide juridique, aide méthodologique, afin de développer des projets et de mutualiser les ressources (postes d'assistant de recherche, d'administrateur, partage des charges).
 - Les investigateurs seront formés aux essais cliniques.
 - Un système d'information régional de gestion des essais cliniques facilitera la mise en œuvre de cette organisation.
- ⊕ La **recherche en soins primaires**, facteur d'attractivité et de qualité des pratiques médicales, sera également encouragée. Initialement, les projets de recherche en soins primaires ont été principalement portés par les CHU. Le rayonnement de ces projets de recherche dans les territoires

passer par une association des acteurs du premier recours volontaires, notamment avec le portage de projets par des structures d'exercice coordonné (MSP, centres de santé...).

- ⊕ Dans un objectif de réduction des inégalités de santé, la recherche en **sciences humaines et sociales** sera mobilisée pour identifier des leviers. La recherche sur les systèmes de santé pourra s'appuyer sur la structuration et de l'exploitation des « *big data* », dans le respect des droits des patients.
- ⊕ Un **égal accès aux protocoles de recherche** pour chaque patient indépendamment de son lieu de prise en charge sera visé notamment grâce aux dispositifs d'accompagnement et de développement de l'activité. Les conditions facilitant l'effort de recherche des professionnels de santé doivent par ailleurs être réunies, notamment par le biais de la formation et d'une diffusion optimale de l'information, et assurées sur l'ensemble du territoire.

2. Garantir la sécurité des personnes se prêtant aux recherches impliquant la personne humaine

Tout essai clinique doit reposer sur des arguments scientifiques et éthiques valables et avoir pour but d'encadrer la participation des patients avec le minimum de risques. Tout promoteur d'une recherche biomédicale interventionnelle soumet le protocole de celle-ci d'une part à la commission nationale des recherches impliquant la personne humaine qui la transmet à un Comité de protection des personnes (CPP) désigné par tirage au sort, d'autre part à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) qui doit délivrer une autorisation.

- ⊕ Au niveau régional, **l'ARS fait respecter la réglementation** en matière d'autorisation de compétence régionale relative aux **essais cliniques** et assure les conditions de fonctionnement optimal des CPP en autorisant les lieux d'essai et en désignant les membres des CPP.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'établissements hors CHU conduisant un projet de recherche

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Gradation des plateaux techniques et alternatives à l'hospitalisation complète, Maladies chroniques.

Chantier 5 : Développer les collaborations avec les différents partenaires pour soutenir l'innovation

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Du fait de leurs spécificités, certaines innovations relèvent plus spécifiquement d'un niveau national, voire international : c'est notamment le cas des innovations thérapeutiques (médicaments et dispositifs médicaux). Les innovations organisationnelles sont le plus souvent issues d'expériences territoriales, développées par des acteurs locaux. Pour qu'elles puissent bénéficier au plus grand nombre, les initiatives locales les plus pertinentes méritent d'être accompagnées, et notamment détectées, mises à la connaissance du plus grand nombre, mises en relation avec des partenaires et évaluées.

Cet accompagnement global nécessite la mise en place d'un environnement favorable, luttant contre la dispersion des acteurs pour structurer des réseaux et fabriquer de l'expertise.

En effet, de multiples acteurs régionaux publics et privés interviennent dans le champ de l'innovation en santé, de la recherche à la commercialisation. Parallèlement, de nombreux dispositifs pour soutenir l'innovation sont mobilisés et cette diversité, qui répond à des besoins et des contextes différents, contribue toutefois au manque de lisibilité des initiatives et des financements. Parallèlement, le rapprochement entre les attentes des acteurs du soin et les innovations des entreprises est un enjeu essentiel. En l'absence de « guichet unique » d'orientation et d'accompagnement, les porteurs de projets sont amenés à s'adresser à de multiples interlocuteurs, sans lisibilité sur ceux qui sont les plus pertinents à mobiliser. De ce fait, un projet potentiellement prometteur peut être détecté tardivement, et insuffisamment soutenu alors qu'il pourrait bénéficier à d'autres territoires. A l'inverse, plusieurs projets du même type peuvent être développés en parallèle, sans mise en lien. Par ailleurs, déterminer la valeur ajoutée d'un projet innovant est indispensable pour envisager son extension en dehors du territoire de projet. Inexistante ou trop tardive, l'évaluation de l'impact doit être développée.

Il conviendra, à ce titre, de faciliter l'effort de recherche par une intermédiation plus efficace et de garantir un accès mieux réparti des innovations sur le territoire répondant à des besoins identifiés.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Offrir un cadre de développement de l'innovation lisible et coordonné

Structures de recherche, pôles de compétitivité, *livings labs*, B-com, French Tech, Id2 santé, CHU, incubateurs... : l'écosystème breton en matière d'activité de recherche et innovation en santé se caractérise par de multiples acteurs reconnus pour leurs activités. Pour autant, de nombreux porteurs de projets se retrouvent isolés au cours de la plupart des étapes de mise en œuvre, notamment pour l'identification précise des besoins de santé publique non couverts, la recherche de partenaires et de financeurs et l'évaluation de l'impact.

- ⊕ La **coordination de l'ensemble des institutions soutenant la recherche** et l'innovation sera développée. Cette coordination prendra la forme d'une convention partenariale « innovation » avec les principaux acteurs (Conseil régional, Etat, Conseils départementaux, EHESP).
- ⊕ Une coordination de la **réflexion éthique et déontologique** sur l'innovation sera également mise en place, associant l'Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB), les ordres professionnels, les associations d'usagers (France assos santé) et la CRSA.

- ⊖ Il y aura lieu de mieux **communiquer sur le cadre de l'innovation** en région (gouvernance, acteurs, dispositifs de soutien et d'accompagnement) pour renforcer la cohérence et la visibilité des programmes d'appui aux professionnels porteurs de projets numériques innovants).
- ⊖ Il s'agira aussi de mieux anticiper et mieux accompagner le **développement et la diffusion de solutions innovantes** et des expérimentations sur les territoires. Cela se traduira par des actions visant à :
 - structurer une veille (notamment par un observatoire régional de l'innovation, dont une étude d'opportunité sera lancée) ;
 - s'assurer que le développement des innovations prévoit une démarche évaluative ;
 - s'assurer de la portée régionale de projets (imagerie, génomique...), notamment avec la poursuite de l'urbanisation des systèmes d'information en santé régionaux ;
 - accompagner les innovations par la mise en œuvre de démarches participatives et par le biais d'appels à projet ou à manifestation d'intérêt impulsés par l'ARS et ses partenaires et accompagner la diffusion dans des logiques territoriales et de capitalisation ;
 - accompagner les innovations dans les établissements et au sein des territoires, par les dispositifs de contractualisation existants.

2. Fédérer les usagers et les professionnels dans la démarche d'accompagnement au développement des innovations

Nombre de petites entreprises lancent de nouveaux produits ou services avec une connaissance insuffisante des besoins des professionnels de santé ou des patients, ou encore des contraintes réglementaires en vigueur.

- ⊖ Des actions ciblées seront élaborées avec les parties prenantes, afin de favoriser la **rencontre précoce entre les entrepreneurs et les professionnels de santé** (à l'hôpital et en ville), les patients et les acteurs de la réglementation. Ces actions comprendront des appels à projets privilégiant les consortiums et l'ouverture d'espaces collaboratifs au plus près des structures de soins.
- ⊖ Les « **livings labs santé** » sont de véritables laboratoires de rencontre entre des entrepreneurs et les utilisateurs cibles des objets et services qu'ils conçoivent et favorisent une innovation au plus près des besoins et des usages, donc une innovation plus efficace. Leur professionnalisation et leur mutualisation seront accompagnées.
- ⊖ La **formation initiale** et l'offre de **formation continue** en matière d'innovation sera renforcée par un travail en collaboration avec les facultés de médecine et les médecins. L'innovation peut aussi être mise à contribution des dispositifs de formation (simulation en santé/réalité augmentée/avatars/robotisation).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de candidatures déposées dans le cadre des appels à projet « Innovation » lancés par l'ARS

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊖ Plan e-Santé 2020.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊖ Qualité, Usager, Partenariats.

18 Conforter la démographie des professionnels de santé pour garantir l'accès aux soins

Le contexte

Les caractéristiques de la démographie des professionnels de santé, en termes de nombre, de répartition, de compétences influent directement sur les conditions d'accès et de dispensation des soins de la population.

La réflexion sur la démographie des professionnels de santé touche l'ensemble des professions de santé, médicales et non médicales, en formation ou en exercice, de statut libéral ou salarié, en ambulatoire ou en établissement, dans les champs sanitaire et médico-social.

Selon les disciplines et les professions, la démographie des professionnels de santé peut présenter des difficultés avérées ou à venir nécessitant une vigilance renforcée avec nos partenaires.

Sont également à prendre en compte dans ce contexte les réformes ou préconisations nationales qui viennent influencer et guider la réflexion régionale sur la démographie des professionnels de santé : dispositions sur la mise en place, la révision ou l'actualisation du zonage de certaines professions libérales (officines de ville, médecine générale, orthophonistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, mesures d'attractivité médicale pour les établissements publics de santé et l'exercice libéral, mesures d'attractivité pour d'autres professionnels de santé libéraux...

Les finalités

Dans ce contexte, il s'agit d'analyser les problématiques de la démographie des professionnels de santé et de mettre en œuvre de manière cohérente les mesures permettant à la population d'accéder à des soins adaptés à ses besoins. Trois problématiques principales sont identifiées :

- **le nombre de professionnels de santé**, actuel et à venir, utile à la prise en charge des besoins de santé de la population, impliquant d'affiner les capacités collectives de diagnostic et d'analyse ;
- **la formation initiale et continue de ces mêmes professionnels**, pour répondre aux évolutions de notre système de santé, en termes de compétences, de nouveaux métiers et d'organisation ;
- **la répartition des professionnels de santé**, en ambulatoire comme en établissement, afin de garantir un meilleur accès aux soins, nécessitant d'agir sur l'attractivité des conditions d'installation et les modalités d'exercice.

Le renforcement de la démographie des professionnels de santé passe aussi par l'amélioration de leurs conditions d'exercice (voir thème n°2) et de la qualité de vie au travail (voir thème n°1).

Chantier 1 : Anticiper les besoins en professionnels de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Dans la continuité du précédent PRS, pour affiner le diagnostic territorial partagé des ressources en exercice, la veille statistique sur la démographie des professionnels de santé et leur répartition dans la région sera renforcée. Il s'appuiera notamment sur l'étude régionale relative à la démographie des professions de santé (DEMOPS), les zonages conventionnels et tout autre outil d'analyse permettant d'objectiver les besoins sur les territoires, de les prioriser et d'anticiper les possibles leviers d'accompagnement.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Renforcer la vision prospective de la démographie et de la répartition des professions de santé dans le cadre d'une meilleure articulation de l'offre existante ville/hôpital/médico-sociale

- ⊕ Renforcer l'exhaustivité, la qualité et la régularité de l'alimentation des données pour une meilleure articulation des sources disponibles entre les institutions, dans le cadre du comité régional de l'observatoire national des professions de santé (CRONDPS).
- ⊕ Selon une approche transversale dès que l'activité est similaire, en prenant en compte l'offre ambulatoire, médico-sociale et hospitalière quels que soient les statuts et les modes d'exercice, **repérer les disciplines ou professions en forte tension, aujourd'hui et à venir**, au regard de différents critères partagés : temps d'accès, délai de prise en charge, évolution des besoins de soins...
- ⊕ **L'objectif est de territorialiser selon une qualification graduée** ces différentes offres de soins en réalisant des zonages par discipline et par profession, afin de prioriser les politiques d'accompagnement permettant une meilleure répartition des professionnels de santé et de favoriser l'accès aux soins. Cet objectif demande de mettre à jour les zonages conventionnels par profession (infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes), de réviser le zonage concernant la médecine générale et de réaliser des zonages pour les officines de ville, les spécialités médicales et autres professions identifiées en tension.

2. Accompagner la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) des établissements

- ⊕ Pour les **professions non médicales**, accompagner les démarches de GPMC, notamment dans le cadre des GHT pour les établissements publics ;
- ⊕ Pour les **professions médicales et pharmaceutiques**, développer cette démarche. On s'appuiera pour cela sur les établissements, notamment sur les CHU, en tant que membre ou associé par convention hospitalo-universitaire à un GHT, sur les missions de gestion de la démographie médicale.

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires ;
- ⊕ Schéma des formations sanitaires et sociales du Conseil Régional ;
- ⊕ Conventions nationales entre assurance maladie et professions de santé.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Tout thème du PRS sollicitant l'intervention de professionnels de santé.

Chantier 2 : Accompagner les réformes des formations initiales et soutenir les formations innovantes adaptées aux évolutions du système de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Face aux évolutions de notre système de santé, qu'elles soient démographiques, épidémiologiques, organisationnelles ou technologiques, la formation initiale et continue des professionnels de santé constitue un enjeu primordial pour s'adapter à ces évolutions et répondre au mieux aux besoins de la population.

La démographie de certaines professions en exercice, la pluri-professionnalité, l'optimisation des parcours de santé, le développement de la e-santé font ainsi émerger la nécessité d'adapter les capacités de formation, le besoin de nouvelles compétences, de nouveaux métiers et la nécessité de faire bouger les niveaux de responsabilité dans la prise en charge des personnes.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Accompagner les évolutions des formations initiales

- ⊕ **Adapter le nombre de postes ouverts à la formation aux prévisions d'évolutions démographiques** des professions concernées ;
- ⊕ En associant les partenaires concernés, **poursuivre l'information auprès des étudiants et des internes** des facultés et des organismes de formation, sur le **contexte et l'environnement professionnels**, les territoires en tension, les conditions et les démarches d'installation, les modalités d'exercice, les aides possibles...
- ⊕ **Sensibiliser** ces mêmes étudiants à certains **enjeux de l'organisation des soins** (pluri-professionnalité, travail en équipe, soins non programmés...) et soutenir des expérimentations de formation innovantes destinées à prendre en considération ces évolutions (exemple du séminaire sur la pluri professionnalité mis en place à Rennes avec une centaine d'étudiants).
- ⊕ S'appuyer sur le nouveau dispositif du « **service sanitaire** » pour former les futurs professionnels aux enjeux de prévention et de promotion de la santé.

Plus particulièrement :

- ⊕ **Concernant les professions médicales et/ou pharmaceutiques :**
 - Accompagner la mise en œuvre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales modifiant profondément la fin des études et la trajectoire d'insertion dans l'emploi avec une individualisation des projets de formation davantage anticipée. Identifier les possibles impacts sur la répartition des internes entre établissements au sein d'une subdivision et au plan régional ;
 - Développer la maîtrise de stage et les stages extra-hospitaliers pour mieux former à l'exercice de ville au regard des besoins liés aux inégalités de répartition des professionnels de santé ou encore en milieu rural pour les pharmaciens. Ce dispositif pourra être ouvert à d'autres spécialités disciplines/professions, en ciblant les territoires en tension dès que possible. Levier

essentiel pour l'installation des professionnels de santé, son déploiement nécessitera de la promouvoir et de l'organiser, en lien avec les facultés et les professionnels installés.

⊕ **Concernant les professions paramédicales :**

- Accompagner la mise en œuvre de l'universitarisation des formations paramédicales notamment avec le développement de l'interconnaissance des professionnels, le déploiement d'une culture commune favorisant le travail en équipe.
- Accompagner le transfert de l'encadrement pédagogique des formations paramédicales - à moyen terme - aux universités avec l'ouverture de la filière LMD et l'arrivée d'enseignants-chercheurs paramédicaux.
- Identifier les impacts possibles sur les futurs professionnels suite aux évolutions des méthodes pédagogiques comme la mise en place des cours numériques permettant la mutualisation des enseignements ou le développement de la pratique de la simulation interprofessionnelle autour de cas cliniques.
- Identifier les évolutions des pratiques professionnelles avec le développement de l'ambulatoire hospitalier et les impacts sur la formation des étudiants.
- Anticiper l'arrivée des professionnels de santé de niveau intermédiaire à mi-chemin entre les auxiliaires médicaux actuels et le médecin, avec les formations en pratiques avancées incluses dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Ce nouvel exercice professionnel nécessite de mettre en œuvre certaines décisions relevant habituellement de la compétence médicale (prescription, suivi de patients, coordination de parcours). Evaluer les besoins démographiques de ces professionnels hospitaliers et ambulatoires pour avoir une estimation sur les besoins régionaux de formation.

2. Encourager les actions de formation continue au service de l'innovation

⊕ **Mesurer les enjeux des évolutions législatives et réglementaires sur certains besoins en formation continue** tels que :

- L'élargissement des décrets de compétences de certaines professions de santé, dans le cadre des pratiques avancées (article L4301-1 du code de la santé publique et décrets à venir),
- La création de nouveaux métiers ou d'une seconde partie de carrière : IDE clinicienne, possibilité de deuxième DES prévu dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales.

⊕ **Identifier et soutenir l'acquisition de nouvelles compétences et/ou l'apprentissage de nouveaux métiers** répondant aux évolutions de l'organisation des soins et du système de santé (pluri-professionnalité, coordination, parcours de santé) : gestionnaire de parcours, coordonnateur de MSP, professionnels amenés à structurer une plateforme territoriale d'appui, pharmacien référent, pharmacien correspondant, assistant de soins en gériatrie...

⊕ **Accompagner les professionnels de santé à l'utilisation des nouvelles technologies**, utiles à l'accès aux soins/services et à la prise en charge coordonnée des personnes (messagerie sécurisée, système d'information partagé, télémedecine...).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'actions d'information ou de communication réalisés à destination des étudiants et internes sur les conditions d'exercices en territoire fragiles démographiquement

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Tout thème du PRS sollicitant l'intervention de professionnels de santé.

Chantier 3 : Mettre en œuvre les mesures contribuant à une meilleure répartition des professionnels de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La répartition des professionnels de santé, quel que soit le secteur d'activité, présente des inégalités territoriales parfois importantes et est un des facteurs contribuant aux inégalités d'accès aux soins de la population.

En s'appuyant sur l'analyse statistique de la démographie des professionnels de santé et la qualification des territoires, l'objectif est d'identifier les leviers et les mesures d'attractivité de certaines professions de santé tant en établissement pour les disciplines en forte tension, qu'en ambulatoire pour les territoires fragiles. Cet objectif inclut la nécessité de considérer l'offre de soins dans toutes ses composantes afin notamment d'éviter que des actions en faveur des unes ne déstabilisent les autres.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Définir et mettre en œuvre les priorités régionales d'accompagnement des professionnels

- ⊕ Sur la base des diagnostics territorialisés existants ou à définir (cf. chantier 1), **élaborer les politiques d'accompagnement dans un cadre partenarial et les prioriser** selon les difficultés rencontrées sur les territoires en terme de démographie médicale et paramédicale.
- ⊕ **Coordonner les actions** des acteurs, institutions et partenaires impliqués dans l'installation des professionnels de santé. Dans la continuité des actions pour favoriser l'installation des médecins généralistes en ambulatoire, une démarche similaire sera à engager pour les professions de santé dont les caractéristiques en termes de démographie et de répartition sont préoccupantes.
- ⊕ Accompagner et évaluer sur le plan régional la **mise en œuvre des différentes mesures incitatives** à l'installation en libéral et d'attractivité dans les hôpitaux publics (Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, aides conventionnelles, plan national d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public - primes multi-sites, assistants partagés, engagement de carrière en établissement hospitalier...). Qu'elles interviennent durant le cursus de formation ou au moment de l'installation, ces mesures sont destinées à encourager l'installation et le recrutement de professionnels de santé dans les territoires en tension. Tout en poursuivant leur déploiement, l'évaluation de ces dispositifs sera à mettre en place pour en mesurer les effets sur les territoires.
- ⊕ **Maintenir un accès de proximité aux médicaments** en développant, au niveau régional, une stratégie locale d'implantation des officines qui tienne compte des possibilités offertes par les dernières évolutions réglementaires.

2. Soutenir les actions innovantes et les coopérations

- ⊕ **Initier et soutenir les actions innovantes**, complémentaires des mesures existantes (« fidélisation » des remplaçants en libéral, rencontres entre professionnels installés et étudiants, organisations permettant de croiser les besoins des professionnels en exercice et les aspirations des professionnels en recherche d'installation...)

- ⊕ **Poursuivre l'accompagnement des projets de coopérations entre établissements de santé** dans le cadre notamment de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire et de la déclinaison des projets médicaux et soignants partagés.

3. Accompagner les professionnels de santé dans leur projet d'installation et simplifier leurs démarches

- ⊕ **Renforcer et développer les dispositifs d'information et de communication** vers les professionnels de santé libéraux sur à la formation, l'installation et les modalités d'exercice (Portail d'accompagnement aux professionnels de santé, guichet unique d'information et d'orientation, C@rtosanté, différents mémos pratiques...)
- ⊕ **Mettre à disposition des professionnels des outils et un accompagnement individualisés.** Prioritairement mis en place auprès des médecins généraliste libéraux, cet accompagnement nécessite d'être élargi à l'ensemble des professions de santé ciblées.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des contrats d'aide à l'installation des professionnels de santé dans les territoires fragiles démographiquement

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires ;
- ⊕ Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé ;
- ⊕ Plan national d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Tout thème du PRS sollicitant l'intervention de professionnels de santé.

MIEUX PREPARER LE SYSTEME DE SANTE AUX EVENEMENTS EXCEPTIONNELS



19 Définir les réponses adaptées aux situations sanitaires exceptionnelles

Le contexte

Notre système de santé peut être confronté à des événements sanitaires déstabilisants et de grande ampleur, dus aux épidémies, à des accidents naturels, industriels ou chimiques, voire des accidents ou des attaques des systèmes d'information. Ces menaces évoluent avec le risque d'attentats susceptibles de provoquer un afflux massif de victimes, ou encore la survenue d'épisodes climatiques (fortes chaleurs, inondations...) à échéance plus rapprochée. Par ailleurs, certains événements tels que les épidémies de grippe saisonnière peuvent avoir, du fait de la vulnérabilité d'une partie de la population (personnes âgées, personnes immunodéprimées, non vaccinées...), avec des répercussions graves.

Un des enjeux majeurs est d'adapter nos réponses à ces nouvelles menaces dans un contexte de forte exigence de l'opinion publique.

L'organisation et les principes de fonctionnement attendus du système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) ont été précisés dans l'instruction du 15 mai 2014 et le décret du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN »).

Les finalités

Le dispositif ORSAN s'inscrit dans une logique d'organisation sanitaire structurée à l'échelle régionale. Il permet d'améliorer la coordination des moyens existants dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social. Dans une situation exceptionnelle, il s'agit d'assurer les soins les plus appropriés aux victimes et malades.

L'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN) comprend cinq volets répondant chacun à une situation spécifique :

- **L'accueil massif de victimes** non contaminées (« ORSAN AMAVI ») ;
- La prise en charge de nombreux patients suite à un **phénomène climatique** (« ORSAN CLIM ») ;
- La gestion d'une **épidémie ou pandémie** sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (« ORSAN EPI-VAC ») ;
- La prise en charge d'un **risque biologique** connu ou émergent (« ORSAN BIO ») ;
- La prise en charge d'un **risque nucléaire, radiologique et chimique** (« ORSAN NRC »).

Ces deux derniers volets sont traités en zone inter-régionale (zone de défense).

Il s'agit de construire une organisation, dans un travail partagé avec les représentants du système de santé, pour accroître à la fois l'efficacité de sa gestion d'une situation exceptionnelle et sa capacité d'adaptation.

Cette construction devra prendre en compte l'évolution de l'offre de santé en cours, notamment la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), ainsi que la nécessité d'articuler ce schéma avec le dispositif ORSEC (Organisation de la réponse de sécurité civile) pour garantir l'intégration des acteurs sanitaires au sein du collectif rassemblé autour du préfet directeur des opérations de secours, et la continuité de la prise en charge, depuis le site de l'événement jusque dans les services de l'hôpital. Elle s'appuiera également sur la compétence reconnue de l'Hôpital d'instruction des armées de Brest dans la gestion des crises sanitaires.

Pour atteindre cet objectif majeur, il est essentiel de séquencer les phases de travail suivantes :

- Elaborer **l'analyse des risques majeurs** pouvant affecter le système de santé breton ;
- Concevoir, à partir de cette analyse (état des lieux) et du projet régional de santé (PRS), la **doctrine stratégique du schéma ORSAN** ;
- Participer, dans le cadre de la planification interministérielle départementale, à l'élaboration des plans du dispositif ORSEC fixant le cadre du recours à des **ressources complémentaires spécifiques hors système sanitaire** (Plans départementaux de mobilisation) ;
- Assurer les **liens entre le dispositif ORSAN et les plans des opérateurs** (plans blancs, bleus...) ;
- Sensibiliser et former les acteurs du système de santé par le biais d'**exercices de gestion de crise**.
- Décliner, dans le respect de cette doctrine stratégique, des **réponses opérationnelles types** appelés « Volets » du schéma ORSAN : AMAVI, CLIM et EPIVAC (les volets BIO et NRC étant traité en zone inter-régionale (zone de défense)
- Promouvoir l'évaluation des pratiques par des retours d'expériences systématiques.

A cette fin, ces trois volets feront l'objet de trois chantiers :

- ⊕ Structurer la réponse sanitaire régionale face à un afflux massif de victimes (AMAVI) ;
- ⊕ Renforcer et interconnecter au niveau régional les réponses sanitaires aux événements climatiques (CLIM) ;
- ⊕ Définir les modalités d'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système régional de santé (EPIVAC).

Chantier 1 : Structurer la réponse sanitaire régionale face à un afflux massif de victimes (AMAVI)

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Face au risque d'attentats de masse, ou d'accident majeur (ferroviaire, industriel, routier...), les autorités sanitaires en lien avec les acteurs de santé régionaux doivent être en capacité de mettre en œuvre une réponse régionale adaptée à une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) impliquant un afflux massif de victimes. Cette réponse sanitaire s'appuie sur la feuille de route du 21 février 2016 fixée par le ministère de la santé, pour fédérer les acteurs du système de santé breton.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

La prise en charge d'un nombre important de victimes dans un territoire impacte l'offre de soins. Il s'agit, dans la majorité des cas, d'un événement dont le déroulement est rapide, qui va imposer au système de santé de s'adapter en urgence à la demande de soins, tout en continuant à assurer ses missions habituelles.

Dans le cadre de l'organisation générale du secours aux victimes pilotée par le Préfet (dispositif ORSEC-NOVI), le volet ORSAN AMAVI relevant de l'ARS doit prévoir les modalités de participation à l'organisation de la prise en charge des victimes et l'organisation des soins dans les établissements de santé. L'articulation opérationnelle entre les mesures prises au titre du dispositif ORSEC et du schéma ORSAN est assurée par le SAMU.

Le volet ORSAN-AMAVI doit donc à définir l'organisation des soins en réponse à un événement entraînant la prise en charge médico-chirurgicale et médico-psychologique de nombreuses victimes tout en assurant la continuité des autres activités.

Pour atteindre ce niveau de réponse, il est nécessaire de décliner les objectifs suivants.

1. Développer une culture et des outils communs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles

- ⊕ Il s'agit de partager des concepts et d'aboutir à une **préparation commune** des modalités de gestion des catastrophes.
- ⊕ Il s'agit également de renforcer **l'interopérabilité** des établissements en standardisant les outils et les concepts de gestion des SSE
- ⊕ Un comité régional ORSAN est à cette fin mis en place, rassemblant en son sein l'ensemble des professionnels reconnus dans leurs domaines respectifs et aptes à **diffuser la culture** et les concepts inscrits dans le volet AMAVI, **auprès des différents professionnels de santé**.
- ⊕ Ce comité régional planifiera, au sein d'un plan de programmation d'actions de maintien et de renforcement de la réponse, des **évaluations des plans blancs** et des **exercices** de gestion de situations sanitaires exceptionnelles.

2. Concevoir les règles de coordination communes

- ⊕ Il s'agit avec l'ensemble des partenaires associés (établissements de santé publics et privés, SAMU, services départementaux d'incendie et de secours, Etablissement français du sang, Préfectures, transports sanitaires privés...) d'établir **les règles de coordination inter-acteurs** pour optimiser la circulation des informations et pour favoriser la mise en place des actions communes. La nécessaire coordination interdépartementale des acteurs doit faire l'objet d'une attention particulière.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des exercices impliquant les établissements de santé sur le volet AMAVI (au-delà du pré-hospitalier) parmi les exercices impliquant l'ARS

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Liens opérationnels avec les plans ORSEC NOVI des Préfectures et avec les plans blancs d'établissements (déclinaison des principes du volet AMAVI au sein des plans blancs).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Innovation.

Chantier 2 : Renforcer et interconnecter au niveau régional les réponses sanitaires aux événements climatiques (CLIM)

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les événements climatiques (canicule, grand froid, pollution atmosphérique, tempête...) représentent potentiellement une source conséquente d'effets indésirables sur la santé de la population :

- Augmentation de la morbi-mortalité.
- Augmentation du nombre de passages aux urgences et des hospitalisations.
- Impact sur l'accessibilité aux professionnels de santé et aux structures de soins.
- Rupture d'approvisionnement en électricité et atteintes des structures des centres de soins pouvant désorganiser partiellement l'offre de soins sur un territoire et en moyens matériels (linge, alimentation, produits de santé, énergie, eau potable...).

Afin de garantir à la population impactée par des phénomènes climatiques, la qualité et la sécurité d'une prise en charge sanitaire adaptée, et de limiter les effets négatifs sur le système de santé, il est nécessaire d'optimiser l'organisation de l'offre de soins au sein d'un volet dédié du schéma ORSAN (volet CLIM).

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Les événements climatiques sont en général annoncés quelques jours avant leur survenue et ont une cinétique lente. Toutefois, ils sont susceptibles de durer sur des périodes de temps relativement longues, de quelques jours à plusieurs semaines. Il s'agit donc de faire face aux conséquences de l'exposition de la population à un phénomène climatique tout en assurant la continuité de la prise en charge des autres patients.

L'organisation de l'offre de soins doit pouvoir répondre aux conséquences sanitaires et sociales, directes et indirectes, liées aux phénomènes climatiques (intoxications au monoxyde de carbone, hypothermie, hyperthermie, traumatismes dus aux chutes, déshydratation...). Les personnes âgées et les jeunes enfants constituent des populations à risque qu'il convient de prendre prioritairement en compte.

Les mesures de gestion pour répondre à un événement climatique doivent être mises en œuvre de façon continue et graduée, selon l'analyse de la situation.

1. Renforcer la surveillance sanitaire associée à une prise en charge des patients dans le secteur ambulatoire

La cellule régionale de Santé Publique France (CIRE) assure la **surveillance épidémiologique de la population**. Son analyse renseigne sur la nature des effets rencontrés, leur sévérité, et apporte des précisions pour contribuer à l'optimisation de l'organisation des soins entre l'offre ambulatoire de premier recours et les établissements de santé.

2. Prendre en charge les patients graves par les établissements de santé en mobilisant les établissements de première ligne et de recours, voire de repli si cela est nécessaire

- ⊕ Une vigilance renforcée doit être mise en place pour que la coordination des établissements, surtout pendant les périodes de congés, garantisse un **équilibre entre disponibilité des lits d'hospitalisation et besoins de santé**.
- ⊕ Les critères d'attribution du rôle dévolu à chaque établissement de santé devront correspondre à ceux énoncés dans le volet ORSAN AMAVI. La programmation des **capacités d'hospitalisation** et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières devra faire l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée au niveau régional. Une attention particulière devra ainsi être portée sur l'adaptation des capacités d'hospitalisation dans les unités de **soins intensifs** et de **surveillance continue**, dans les de **réanimation** adulte, pédiatrique et néo-natale et les services de **médecine polyvalente**. Il est également nécessaire de veiller aux capacités d'hospitalisation en court séjour gériatrique et en soins de suite et de réadaptation.
- ⊕ Les **établissements médico-sociaux**, notamment les EHPAD, doivent être préparés à la survenue d'une crise d'ordre climatique par l'adoption d'un plan d'organisation pour répondre à une situation exceptionnelle dit **Plan bleu** et la mise en place de conventions avec les établissements de santé de recours de leur territoire.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Part des exercices impliquant les établissements de santé sur le volet CLIM (au-delà du pré-hospitalier) parmi les exercices impliquant l'ARS

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Liens opérationnels avec les plans ORSEC tempête, pollution atmosphérique, canicule et grand froid des Préfectures et avec les plans blancs d'établissements (déclinaison des principes du volet CLIM au sein des plans blancs) et des plans bleus des établissements médico sociaux ;
- ⊕ Plan national canicule ;
- ⊕ Guide national relatif à la prévention et à la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Urgences et permanence des soins, Réanimation.

Chantier 3 : Définir les modalités d'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système régional de santé (EPIVAC)

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Le développement des transports et de la circulation des personnes, des animaux et des marchandises dans le monde contribue à multiplier les risques de survenue d'un phénomène épidémique majeur pouvant toucher la population et plus particulièrement les personnes les plus vulnérables (personnes âgées, personnes résistantes aux antibiotiques ou non vaccinées...).

Dans cette hypothèse, il est essentiel de créer les conditions de réduction de l'impact sanitaire d'un agent infectieux circulant activement sur le territoire.

L'objectif général est donc de disposer d'une organisation régionale du système de santé en capacité de prendre en charge des patients dans une situation de pandémie et ou de procéder à des vaccinations tout en assurant la continuité des autres activités.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

En pratique, il s'agit de permettre le renforcement de la surveillance réalisée par les professionnels de santé libéraux et d'organiser la gestion d'une épidémie, hyper endémie, ou pandémie selon les deux situations suivantes : épidémie liée à un agent infectieux déjà identifié (Chikungunya, dengue...), ou circulation active d'un agent infectieux émergent sur le territoire (pandémie grippale liée à un nouveau variant de virus grippal...)

Le volet du schéma ORSAN EPIVAC doit :

1. Permettre une prise en charge médicale des cas en s'appuyant en premier lieu sur les médecins traitants

- ⊕ **Par la mobilisation et l'information des professionnels de santé libéraux** sur les risques et les données clinico-épidémiologiques disponibles afin de leur permettre de détecter les cas potentiels et de les signaler.
- ⊕ **Par la mise en place d'une organisation** reposant sur :
 - Le secteur libéral et médico-social pour la gestion des patients ne présentant pas de signes de gravité,
 - Les établissements de santé en complément de l'offre de soins en médecine libérale et pour la prise en charge des patients présentant des formes compliquées ou des critères de gravité ou d'isolement, après régulation par le SAMU territorialement compétent : consultations dédiées dans les services d'accueil des urgences, unités de réanimation, services spécialisés identifiés dans le cadre du volet ORSAN BIO ;
 - Une filière d'analyse biologique et de prise en charge des prélèvements par les laboratoires de biologie médicale.

2. Rendre possible l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par la médecine libérale et les établissements de santé

- ⊕ Pour les maladies à prévention vaccinale (grippe...), **la vaccination sera effectuée prioritairement par les professionnels libéraux**, et, si nécessaire en fonction des circonstances, dans les centres de vaccination des établissements de santé situés à proximité de l'événement (à défaut elle sera effectuée dans des centres de vaccination identifiés dans le cadre de l'annexe spécialisée du plan départemental de mobilisation).

Dans les faits, les mesures planifiées au sein de ce volet pourraient être mises en œuvre à la suite de celles du volet ORSAN BIO.

Les liens avec les plans nationaux ou les plans régionaux existants

- ⊕ Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » ;
- ⊕ Guide Préparation d'une campagne de vaccination exceptionnelle ;
- ⊕ Guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du Chikungunya et de la dengue en métropole ;
- ⊕ Règlement sanitaire international et plan d'application sur les ports et aéroports bretons identifiés comme points d'entrée du territoire (PIGUS) ;
- ⊕ Liens opérationnels avec les plans ORSEC décès massif, pandémie et épizootie, des Préfectures et avec les plans blancs d'établissements (déclinaison des principes du volet CLIM au sein des plans blancs).

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Organisation des soins de proximité, Urgences et permanence des soins, Réanimation.

CONSTRUIRE ET METTRE EN ŒUVRE ENSEMBLE LA POLITIQUE DE SANTE REGIONALE



20 Mobiliser l'utilisateur comme acteur en santé

Le contexte

La santé est l'affaire de tous et la demande de participation à la réflexion sur les enjeux et à la définition des objectifs de la politique de santé régionale est forte. Aussi, il convient d'associer les usagers et leurs aidants comme les représentants des professionnels pour que chacun puisse être acteur de la santé au sein de la région.

Cet axe d'évolution s'inscrit dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de santé sur l'implication et l'accompagnement des patients, des aidants et de leurs représentants dans l'organisation, l'évolution et le fonctionnement de notre système de santé. Il répond aussi à différents chapitres de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de modernisation de notre système de santé, sur l'information en santé et sur la démocratie en santé.

Les finalités

Les patients et plus largement l'ensemble des usagers du système de santé sont les premiers bénéficiaires de la qualité des prises en charge. A ce titre et ainsi que le souligne la Haute autorité de santé (HAS), c'est l'intérêt et le rôle du patient qui doivent être à l'origine de la définition des orientations, des productions, des méthodes à l'oeuvre dans le projet régional de santé et dans le système de santé. Pour tendre vers cet objectif, il faut encourager leur implication par une meilleure connaissance des droits, et le renforcement de leurs compétences.

Il s'agit de mieux intégrer leur point de vue, de favoriser leur expression et la prise en compte de celle-ci par tous les acteurs de notre système de santé.

Quatre chantiers sont ainsi identifiés :

- ⊕ Promouvoir les **droits individuels** et la **participation** de l'utilisateur.
- ⊕ Renforcer la contribution de l'utilisateur à **l'amélioration de la qualité** du système régional de santé.
- ⊕ Renforcer le soutien aux **aidants**.
- ⊕ Développer la participation des usagers et de leurs représentants au fonctionnement des **instances du système de santé**.

Chantier 1 : Promouvoir les droits individuels et la participation de l'utilisateur

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Chacun est un jour usager du système de santé, aidant ou simplement concerné par la santé de ses proches. Pour garantir la participation de l'utilisateur à la réflexion sur la politique de santé régionale, il convient de l'aider à s'informer et à prendre connaissance de ses droits.

Face à la complexité du système de santé, les usagers ont la possibilité d'affirmer et de faire respecter leurs droits. Ces droits s'appliquent aux usagers au sens large, c'est à dire à tout utilisateur avéré ou potentiel du système de santé et concernent d'une part les conditions d'accès à ce système et d'autre part la manière d'y être pris en charge.

La connaissance des différents droits individuels ouverts par la loi reste à conforter auprès des usagers dans les domaines sanitaire comme médico-social ou dans le cadre d'une prise en charge à domicile. L'enjeu des années à venir sera de faire progresser la mise en œuvre effective de ces droits en matière de santé.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Afin de permettre à chacun de décider, d'agir pour sa santé physique et mentale et d'influer sur son environnement de vie, il convient de favoriser l'information sur la santé, sur les façons de la préserver, sur les droits des patients, et sur l'accès au système de santé.

1. Améliorer l'effectivité des droits des usagers

En tant qu'utilisateur du système de santé chacun de nous bénéficie de droits. Cependant, les différents droits (au respect de la vie privée, au consentement aux soins et au secret médical, au soulagement de la douleur, à l'information sur son état de santé, sur la possibilité de désigner une personne de confiance ou de donner des directives anticipées...) restent encore parfois méconnus.

- ⊕ Il conviendra donc de **faciliter l'accès à l'information** dans tous ces domaines, touchant au respect de la personne, au droit à l'information, à la liberté de choix ou à la qualité des soins. Le site du ministère de la santé et son espace « Parcours de soins, vos droits » constitue un premier niveau d'information. Des actions d'information vers le grand public pourront également être développées sur les territoires (forums citoyens...).
- ⊕ L'ARS sensibilise également les **établissements sanitaires et médico-sociaux** à leur **rôle dans l'information des patients**. Ainsi la semaine nationale de la sécurité des patients constitue une occasion privilégiée pour sensibiliser chacun sur ses droits et devoirs. Les actions déployées par l'EREB ou les structures d'appui au déploiement de la qualité contribuent également à cet accompagnement des professionnels.

2. Faire la promotion du Service public d'information en santé

Le **Service public d'information en santé** (SPIS) prend la forme du **site internet et de l'application www.sante.fr**. Il répond à la volonté d'informer et d'accompagner les usagers en favorisant leur participation aux choix de santé en proposant des contenus et des ressources de référence issus de sites publics d'information en santé et de leurs partenaires. L'élaboration d'outils favorisant l'implication des usagers au processus d'amélioration du système de santé y est aussi prévue pour contribuer à améliorer

la prise en charge globale des personnes malades, à simplifier l'adoption de comportements de prévention, à faciliter la relation entre soignants et patients et à valoriser l'expérience des pairs.

⊕ Cet objectif opérationnel est développé au sein du thème n°17 « *Innovation en santé* ».

3. Développer le renforcement des capacités et l'implication des personnes à faire leur propre choix de santé dans leur parcours de santé et dans leur parcours de vie

⊕ Cet objectif opérationnel est développé au sein du thème n°13 « *Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques* », dans son chantier n°2 « *Renforcer les capacités et l'implication des personnes à faire leurs propres choix dans leurs parcours de santé et de vie* ».

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de personnes touchées par les actions d'information grand public sur la promotion des droits en santé

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

⊕ article 88 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 : SPIS.

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

⊕ Promotion de la santé, Maladies chroniques, Innovation.

Chantier 2 : Renforcer la contribution de l'utilisateur à l'amélioration de la qualité du système de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La loi du 4 mars 2002 a permis de faire progresser les droits des patients et de promouvoir la représentation des usagers à tous les niveaux stratégiques du système de santé national, régional et local. Cette reconnaissance politique de la place des usagers doit permettre de poursuivre la modification des pratiques et d'approfondir le changement culturel de manière à favoriser le rééquilibrage de la relation entre les soignants et les soignés.

Ainsi, des professionnels et des représentants des usagers souhaitent désormais dépasser la notion de défense des droits élémentaires des patients et permettre une implication des usagers, des patients à toutes les étapes du parcours de santé. Le patient devient alors un partenaire dont les savoirs sont reconnus et les compétences de soins développées par les professionnels de santé. Il constitue un membre à part entière de l'équipe pour les soins et services qui lui sont prodigués. Tout en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent.

La promotion d'une véritable « dynamique patient » permet d'utiliser l'expérience des patients pour faire évoluer la qualité des soins, leur pertinence, la décision médicale, l'évaluation des médicaments, des dispositifs médicaux et des stratégies de santé en travaillant à trois niveaux : sur le positionnement du patient dans ses relations avec les professionnels, sur l'implication de patients ressources au niveau des équipes, sur l'implication des patients au niveau de l'organisation et de la gouvernance. Ce troisième niveau est traité dans le chantier « Développer la participation des usagers et de leurs représentants au fonctionnement des instances du système de santé ».

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Assurer la promotion des outils et des démarches destinés au développement du partenariat patient-professionnels tout au long du parcours de santé

De par leur expérience, les patients disposent d'un savoir spécifique sur le déroulement de la maladie, les traitements existants, les parcours de soins, les besoins qui permettent d'enrichir l'évaluation des parcours, des soins et des produits de santé.

- ⊕ A ce titre, **seront encouragés le déploiement des outils** développés par la Haute autorité de santé et l'Agence nationale d'amélioration de la performance **permettant d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge** des patients tout au long de leur parcours ainsi que la capacité des établissements à mettre en place une approche centrée sur le patient.
- ⊕ **L'analyse qualité des retours patients sera développée** en s'appuyant notamment sur les rapports des commissions des usagers (CDU), des conseils de la vie sociale (CVS) et sur les dispositifs de mesure de la satisfaction des patients (« e-Satis » pour les patients hospitalisés en court séjour, grille « patient traceur »). Ces outils permettent de donner la parole aux patients sur leur parcours, de façon anonyme et transparente et ainsi de donner un autre éclairage aux professionnels sur leur pratique afin de leur permettre de s'améliorer, et de se comparer entre eux.

- ⊕ **L'intégration d'objectifs qualité devra se poursuivre dans le cadre des prochains CPOM** afin de contribuer à renforcer cette dynamique **au sein des établissements** hospitaliers et médico-sociaux.
- ⊕ **Sera soutenue la possibilité, pour les associations de patients ou d'utilisateurs** agréées ou non, **de contribuer à l'évaluation d'un médicament ou d'un dispositif médical** pour lesquels une évaluation est planifiée, en inscription initiale ou en réévaluation en transmettant des informations qu'il paraît utile de porter à la connaissance des commissions de la HAS chargées de l'évaluation des produits de santé. Cette possibilité participe d'une prise en compte plus systématique du point de vue des patients dans les évaluations relatives à l'efficacité et à l'efficacité en matière d'accès ou de maintien au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux par l'Assurance maladie.

2. Soutenir la formation croisée des patients et des professionnels

- ⊕ L'évolution des comportements des professionnels pour mieux accepter l'expertise profane du patient et lui reconnaître le rôle d'aidant constitue un **enjeu de la formation initiale et continue de l'ensemble des professions de santé**. Cet objectif opérationnel concernant la formation est développé dans le thème n°18 « *Conforter la démographie des professions de santé* ».
- ⊕ Au-delà, **les initiatives régionales** visant à **développer une culture de décision partagée entre soignants et patients ou leurs représentants, l'implication des usagers** dans le parcours de santé et l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge seront à encourager, notamment par des appels à projets. Ces démarches reposeront sur une co-construction usagers-professionnels. Elles participent du chantier « *Accompagner le développement de la culture qualité auprès des acteurs du système de santé* » au sein du thème n°16 « *Développer l'amélioration continue de la qualité* ». Cette dynamique, concernant l'accompagnement au développement et au déploiement des innovations en santé, en particulier numériques et organisationnelles est également développée au sein du thème n°17 « *Innovation en santé* ».

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'établissements accompagnés sur la dynamique « patients-partenaires de santé »

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Programme national pour la sécurité des patients

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Parcours, Maladies chroniques, Qualité, Innovation, Démographie des professionnels de santé

Chantier 3 : Renforcer le soutien aux aidants

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les proches aidants sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à venir en aide à une personne de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. Les aléas de la vie peuvent à tout moment transformer une personne en « aidant », qu'il convient de ne pas réduire à ce seul statut. En France, il y aurait plus de 4 millions de personnes aidantes d'un proche âgé, en situation de maladie ou de handicap entraînant une perte d'autonomie, dont la moitié en activité professionnelle. Ils consacrent en moyenne trois à six heures quotidiennement à ce parent, cet enfant ou ce conjoint.

Ils font face à des situations difficiles qui bouleversent leur vie quotidienne et doivent souvent les affronter dans une grande solitude. La souffrance des aidants est une réalité qui se traduit dans bien des domaines : fatigue physique et psychologique, absence de répit, isolement entraînant des difficultés à préserver leur vie personnelle, professionnelle et sociale. Le repérage des attentes et l'identification des besoins spécifiques des aidants sont essentiels pour pouvoir leur apporter des réponses adaptées. La prise en compte de l'entourage constitue une garantie de la qualité et de l'efficacité des soins au malade. C'est également un facteur facilitant le maintien de la personne malade dans son environnement de vie ordinaire.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Le soutien aux aidants et la reconnaissance de leur rôle sont indispensables afin que chacun en fonction de son parcours puisse être conseillé, accompagné et soutenu, en vue de préserver son énergie dans le soutien à l'aidé.

L'ensemble des objectifs opérationnels ci-dessous sont également développés de façon plus spécifique au sein des thèmes « *Personnes en situation de handicap* », « *Personnes âgées* » et « *Santé mentale* ».

1. Repérer, informer et orienter les aidants

La fonction d'aidant engendre une charge mentale nécessitant un soutien au quotidien. Par ailleurs, certains aidants peu informés et mal préparés peuvent développer un sentiment de culpabilité, souvent au détriment de leur propre santé mais aussi de leur vie sociale et de leur équilibre psychologique.

- ⊕ **Le premier besoin des aidants est celui de l'information** sur les dispositifs et les prestations existantes. En lien avec les partenaires concernés (CD, MDPH, CCAS...) il convient de renforcer l'accès à une information compréhensible par tous.
- ⊕ Le **repérage des aidants peut être nécessaire** pour que les actions proposées atteignent le maximum de personnes. Un travail est à mener sur l'amélioration de l'identification des aidants et une meilleure analyse de leurs besoins. Ce repérage par les professionnels des services d'accompagnement à domicile, les équipes médico-sociales des départements ou encore les professionnels de santé sera favorisé.
- ⊕ **L'information de proximité et la sensibilisation des aidants** sur leurs droits à accéder à des solutions de répit seront renforcées pour leur permettre de se prémunir de l'épuisement et d'accompagner au mieux les personnes aidées.

2. Former les aidants en privilégiant des formations croisées avec les professionnels

- ⊕ **L'offre de formation doit viser à améliorer la santé** psychologique et physique **de l'entourage et ses interactions avec le proche** aidé par l'acquisition de savoirs, contribuant ainsi à réduire les situations de crise, les besoins d'hospitalisation, et à augmenter les chances d'insertion sociale, éducative et professionnelle.
- ⊕ Le soutien s'appuie également sur l'acquisition de compétences par la formation, en privilégiant les **formations croisées avec les professionnels** qui permettent d'instaurer une relation de confiance et de co-construire l'accompagnement global de leur proche.

3. Reconnaître le rôle et l'expertise des aidants

Les aidants ont acquis auprès des personnes qu'ils accompagnent une véritable expertise.

- ⊕ **Cette expertise sera valorisée auprès des professionnels de l'accompagnement** en soutenant la participation des aidants au sein de la formation initiale des professionnels socio-éducatifs et de santé, et en favorisant la participation des aidants dans les instances de représentation (CVS, CDCA, CLSM...) par des actions de sensibilisation et d'information dédiées.
- ⊕ La **pair-aidance** participe également de cette reconnaissance ; elle repose sur le partage d'expérience du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement ou d'accompagnement. Le soutien à la pair-aidance se fera prioritairement en direction des **groupes d'entraide mutuelle (GEM)** et en tenant compte des différentes expériences régionales dont les groupes de parole au sein d'association d'utilisateurs, ou encore l'intégration de pairs aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins.

4. Améliorer la structuration et le fonctionnement de l'offre de répit

- ⊕ Le **développement de lieux d'accueil de proximité permettant à l'aidant de se libérer** pour de courtes durées horaires constituera également un objectif en ce qu'ils constituent des lieux de socialisation, d'échange et de détente pour ces « aidants malgré eux ».
- ⊕ Il convient également de **renforcer la lisibilité de l'offre de répit**, dont l'organisation et le fonctionnement restent mal identifiés par les aidants. Il faudra pour cela élaborer, en collaboration avec les conseils départementaux, un état des lieux des dispositifs et des ressources existants en proximité où les aidants peuvent trouver information, soutien et conseil.
- ⊕ Il s'agira enfin d'**améliorer la structuration, l'efficacité et l'accessibilité de l'offre de répit** et de la diversifier en l'inscrivant dans une logique de réseau et de complémentarités territoriales.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre d'aidants et de professionnels ayant assisté à une formation financée par l'ARS au cours de l'année

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Personnes âgées, Personnes en situation de handicap, Addictions, Santé mentale, Maladies chroniques

Chantier 4 : Renforcer la participation des usagers et de leurs représentants au fonctionnement des instances du système de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La loi du 4 mars 2002 a permis de faire progresser les droits des patients et de promouvoir la représentation des usagers à tous les niveaux stratégiques du système de santé national, régional et local. Cependant, la reconnaissance juridique de ces droits, bien qu'indispensable, ne se suffit pas à elle-même. La participation réelle des usagers peut se heurter soit à la technicité des enjeux, soit à la difficulté d'expression des usagers eux-mêmes notamment dans le champ médico-social. Ce défi doit être relevé en développant la formation des représentants des usagers, et en encourageant les bonnes pratiques et les expériences innovantes au sein des établissements et services.

Les représentants d'usagers sont aujourd'hui intégrés aux différents niveaux de concertation et d'action : au sein de la CRSA et de sa commission spécialisée des droits des usagers, au sein de chaque conseil territorial de santé (CTS) avec la nouvelle formation spécifique organisant l'expression des usagers, au sein de chaque établissement de santé public et privé et des GHT avec la commission des usagers (CDU), au sein des établissements médico-sociaux, avec le conseil de la vie sociale (CVS).

Enfin, cette représentation s'inscrit dans un paysage en évolution avec la constitution d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé dénommée « France assos santé ».

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Favoriser l'expression des usagers en développant les relations entre les différentes instances

Les représentants des usagers sont porteurs de la parole des usagers dans les commissions et instances dans lesquelles ils sont mandatés et agissent pour garantir le respect et la promotion des droits des malades et usagers du système de santé.

- ⊕ Afin de conforter leur contribution à l'amélioration qualitative du système de santé, il convient de renforcer leur accès à l'information et de **favoriser une meilleure coordination des travaux des différentes instances** au sein desquelles les usagers sont aujourd'hui représentés.

2. Mettre en œuvre la formation obligatoire des représentants d'usagers

Pour la plupart des représentants d'usagers, une première nomination constitue l'entrée dans un nouvel environnement. Désormais, la formation des représentants des usagers (RU) est obligatoire et indemnisée. La formation généraliste initiale leur permet de découvrir les grands principes de la représentation pour apprendre à se positionner en tant que RU et mieux maîtriser les enjeux des domaines souvent très techniques auxquels ils seront confrontés. Pour les RU voyant leur mandat renouvelé, il s'agit d'un moment d'échanges et de rencontre avec d'autres RU et un moyen pour mettre à jour leurs connaissances.

A la formation initiale, viennent s'ajouter des formations spécifiques à certains aspects fondamentaux de la mission de RU portant par exemple sur la défense des droits des usagers, la prise en compte des plaintes des usagers ou l'approfondissement des compétences d'intervention auprès des patients et usagers par un travail sur l'écoute.

- ⊕ La **formation des représentants d'utilisateurs** sous ces différentes dimensions **sera poursuivie** et développée en région.

3. Accompagner le déploiement de « France assos santé » en région Bretagne

L'union nationale des associations agréées d'utilisateurs du système de santé, dénommée « France assos santé », a pour mission de donner des avis aux pouvoirs publics, d'animer un réseau associatif, d'agir en justice, de représenter les utilisateurs auprès des pouvoirs publics et de proposer à la ministre en charge de la santé une liste d'associations agréées pour la formation des représentants des utilisateurs du système de santé.

- ⊕ En concertation étroite avec leurs représentants, il conviendra de déterminer **les modalités de fonctionnement de l'ARS avec la délégation de « France assos santé »** en Bretagne.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de représentants d'utilisateurs ayant participé aux actions de formation annuelles organisées ou financées par l'ARS

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Partenariats.

21 Favoriser les partenariats au service d'une politique de santé territorialisée

Le contexte

L'implication de l'ensemble des partenaires institutionnels et de la démocratie en santé constitue un enjeu pour relever l'ensemble des défis posés au système de santé breton pour les années à venir et une des conditions de réussite pour l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du PRS.

De nombreuses politiques publiques portées par l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales ont un impact sur la santé et le bien-être des populations. Ces politiques, dont le domaine spécifique n'est pas la santé, peuvent contribuer pour autant à la réduction des inégalités de santé. De ce fait, la stratégie nationale de santé considère qu'il faut agir « *fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé* » et qu'il est donc indispensable « *d'agir sur les déterminants de santé en mobilisant, dans ce but, les autres politiques publiques* ».

A cet égard, l'ARS se trouve en situation de co-responsabilité avec d'autres partenaires sur un certain nombre de domaines pour sensibiliser les institutions et professionnels susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ceci nécessite de développer des partenariats institutionnels pour contribuer à une action globale en matière de santé.

Les enjeux de la décennie à venir, tout comme les orientations des politiques régionales de santé, doivent être discutés avec les représentants des institutions, des collectivités, des professionnels et des usagers, réunis au sein des instances de la démocratie en santé. Ces instances, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et Conseils territoriaux de santé (CTS), représentent l'ensemble des acteurs de la santé. Elles constituent les lieux privilégiés de dialogue sur la politique de santé en région. Leur contribution au débat public est indispensable, à la fois pour que la population prenne conscience des enjeux, et pour que les questionnements et les propositions des acteurs de terrain puissent être relayés et pris en compte.

Les finalités

La finalité principale est de veiller à partager les enjeux et à définir les objectifs de la politique de santé bretonne avec tous les partenaires institutionnels et de la démocratie en santé afin que chacun puisse se sentir acteur de la santé au sein de la région. Il s'agit de développer une action coordonnée en matière de santé dans toutes les politiques et sur tous les territoires.

Quatre chantiers sont ainsi identifiés :

- Travailler à l'animation d'une démocratie en santé contributive avec la CRSA et les CTS,
- Renforcer la coordination des politiques publiques en matière de santé,
- Développer l'observation partagée,
- Contractualiser le déploiement de la politique de santé sur les territoires.

Chantier 1 : Travailler à l'animation d'une démocratie en santé contributive avec la CRSA et les CTS

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La démocratie en santé est animée au niveau régional par la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et en proximité par les Conseils territoriaux de santé (CTS). La vitalité de la démocratie en santé est un atout fondamental pour le système de santé. A la fois lieu de réflexion et force de proposition, les instances de démocratie en santé facilitent l'appropriation des enjeux de la politique de santé régionale par tous les acteurs, éclairent par leurs avis l'ARS et contribuent à la déclinaison opérationnelle des orientations régionales par leurs diverses initiatives.

Représentant à la fois les usagers et l'ensemble des acteurs du système de santé, ces instances garantissent l'existence d'un dialogue constant et approfondi sur l'ensemble des questions de santé. Les capacités d'action de la CRSA, de ses commissions spécialisées et des conseils territoriaux de santé doivent leur permettre d'exercer leurs compétences propres en matière de diagnostic, d'avis ou d'évaluation ainsi que d'animation de la participation citoyenne par les débats publics. Dans la poursuite de la pratique bretonne, renforcée par les nouveaux textes, l'articulation de l'action de la CRSA et des conseils territoriaux, à enrichir des travaux communs à plusieurs conseils territoriaux, affirmera la cohérence des positions de la démocratie en santé.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Afin de garantir l'expression d'une démocratie en santé fédératrice et force de proposition, des interactions sont à développer entre les instances de la démocratie en santé au niveau régional (CRSA) et en proximité (CTS, commissions des usagers, conseils de vie sociale) pour renforcer la cohérence et l'efficacité des avis et propositions.

1. Garantir la contribution régulière de la démocratie en santé

- ⊕ A ce titre, il convient d'**assurer l'information partagée des acteurs** sur l'organisation et le financement du système de santé afin de permettre aux instances de la démocratie en santé au niveau régional comme local de jouer pleinement leur rôle.
- ⊕ En outre, **une concertation approfondie sur les orientations régionales en matière de santé sera favorisée** pour mieux prendre en compte les besoins et attentes de l'ensemble des acteurs du système de santé (usagers, élus, professionnels de santé). La CRSA et les CTS sont associés et impliqués à chaque étape de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre du PRS. Afin de renforcer l'information des CTS et leur implication directe dans les projets territoriaux de leur ressort (projet territorial de santé mentale, contrat local de santé...), leur intégration à la gouvernance de ces projets sera développée.
- ⊕ Les conseils territoriaux de santé ont un rôle essentiel à jouer dans le **partage des bonnes pratiques** et des **expérimentations innovantes**.
- ⊕ Les conseils territoriaux de santé seront en outre associés à la gouvernance des **contrats locaux de santé** (CLS) et des **projets territoriaux de santé mentale** (PTSM) via leur association aux comités de pilotage des CLS et aux comités de pilotage des projets territoriaux de santé mentale.

2. Accompagner les initiatives partagées de la CRSA et des CTS

La CRSA est un lieu d'expression des acteurs en santé. Elle constitue une voie privilégiée pour recueillir les aspirations et les besoins en matière de santé, favoriser l'appropriation collective des enjeux de santé par les acteurs et participer ainsi à l'élaboration et la mise en place du Projet régional de santé.

Suite à l'installation des CTS début 2017, l'articulation entre niveau régional et niveau de proximité de la démocratie en santé est à conforter. Le CTS est le lieu privilégié de la concertation entre les acteurs du système de santé au sein du territoire de démocratie sanitaire ; il favorise à ce titre le décloisonnement des secteurs et les transversalités.

- ⊕ En ce sens, l'ARS veillera à **accompagner la CRSA et les CTS dans leurs initiatives relatives à la définition des modalités d'articulation de leurs travaux respectifs**, et des modalités de coopération entre CTS.

3. Favoriser l'expression des usagers en développant les relations entre les différentes instances

Les représentants des usagers sont porteurs de la parole des usagers dans les commissions et instances dans lesquelles ils sont mandatés. Ils agissent pour garantir le respect et la promotion des droits des malades et usagers du système de santé et contribuent à l'amélioration qualitative du système de santé, et favorisent ainsi l'implication de la personne dans ses choix de santé.

- ⊕ Il conviendra **d'accompagner ces différentes instances** par **l'information** communiquée et **les formations** organisées. Cet objectif opérationnel est développé au sein du thème n°20 « *Mobiliser l'utilisateur comme acteur en santé* ».

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux annuel de participation globale des membres des CTS et de la CRSA aux séances plénières

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Usager.

Chantier 2 : Renforcer la coordination des politiques publiques en matière de santé

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

L'impact de la politique régionale de santé mise en œuvre par l'ARS et ses partenaires, en particulier en termes de déterminants de santé et de parcours, est conditionné par une coordination des politiques publiques renforcée. L'utilisation des instances partenariales (commission de coordination des politiques publiques, conférences des financeurs, commission régionale ARS – Assurance maladie...) traduira cette collaboration institutionnelle reconnue comme un atout dans notre région.

La Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) constitue l'instance privilégiée pour garantir cette coordination. Or, il ressort de l'évaluation du précédent PRS que les modalités de la concertation au sein de la CCPP n'ont pas été pleinement efficaces.

Il s'agit désormais de poursuivre la redynamisation engagée avec la fusion en 2016 des CCPP médico-sociale et prévention afin de permettre à la CCPP de jouer pleinement son rôle de mise en synergie des actions de l'ensemble des partenaires en matière de santé.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

Il s'agit de garantir une mobilisation plus large de tous les acteurs contribuant à l'amélioration de la santé de la population bretonne. Dans cette optique, il conviendra de redéfinir les modalités de concertation stratégique au sein de la CCPP et de développer la dynamique de conventionnement entre l'ARS et ses principaux partenaires.

1. Redéfinir le fonctionnement de la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP)

La CCPP a un rôle central à jouer comme lieu d'échanges mais aussi en tant qu'instance visant à développer la complémentarité des stratégies institutionnelles, et des actions déployées conjointement en région y compris en matière de financement, dans le respect du domaine de compétence de chacun.

- ⊕ Pour cela, les **modalités de fonctionnement de la commission seront revues** et les liens avec d'autres instances partenariales, en particulier de la démocratie en santé, seront expertisés.

2. Conforter les accords-cadres avec les services de l'Etat, les conseils départementaux et le conseil régional

La dynamique de conventionnement constitue un levier au service de la coordination des politiques publiques en donnant davantage de visibilité aux politiques de santé auprès des décideurs des politiques publiques. Le développement d'accords-cadres entre l'ARS et ses partenaires (Préfectures, Cohésion sociale, Education nationale, Travail et emploi, Conseils départementaux et régional) vise à adosser des programmes de travail aux conventions de partenariat et à proposer des modes de collaboration aux partenaires et porteurs de politiques publiques qui peuvent amener à la réduction des inégalités de santé.

- ⊕ Les conventions ou **accords-cadres existants avec les différents partenaires devront être évalués** pour permettre une articulation renforcée des actions et la définition de projets partagés. A cette fin, il conviendra de recenser les conventions existantes entre l'ARS et ses partenaires et d'identifier les partenaires avec lesquels développer ce type de conventionnement.

- ⊕ La **signature de nouvelles conventions-cadres** permettant d'acter conjointement la complémentarité et la synergie des actions des services de l'Etat ou des collectivités territoriales en charge d'une politique contribuant à la santé de la population sera développée.

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de partenaires de l'ARS liés conventionnellement

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Parcours.

Chantier 3 : Développer l'observation partagée

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

Les diagnostics, les priorités et l'évaluation des actions en matière de santé doivent être partagés avec la population et les acteurs de santé. Une meilleure connaissance des données de santé permettra d'éclairer les enjeux, d'identifier les priorités et de mesurer les résultats obtenus.

Cet enjeu d'accompagnement santé dans la compréhension et l'analyse des informations de santé est encore accru par la diversité des sources disponibles et des producteurs de données, la complexité des systèmes d'information et le développement du *big data*. Profusion d'informations dans certains domaines, rareté ailleurs : certains champs restent inexplorés et certaines populations sous-observées.

De plus, la compréhension de certaines évolutions sanitaires et sociales nécessite un décloisonnement et une mutualisation de l'observation entre les différents partenaires institutionnels car la santé se trouve à la croisée d'un ensemble de politiques publiques. Parce que les fragilités se cumulent, il est nécessaire de croiser les analyses et moyens des différentes institutions, dans une logique de parcours, afin de définir les populations et les territoires prioritaires, et de cibler les actions en vue de réduire les inégalités de santé.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Faire mieux circuler la connaissance par une mise en réseau renforcée

Le partage d'information sur les travaux d'études menés en lien avec la santé ou ses déterminants dans les différents services statistiques de l'Etat et des collectivités territoriales est à rechercher, pour mutualiser l'observation et éviter les doublons.

La mise en réseau des producteurs de données et d'études et le fait de mieux fédérer les réseaux existants d'observation de la santé contribuent à cet objectif opérationnel. Plusieurs lieux d'échanges entre producteurs de données et d'études coexistent, dont la Plateforme d'observation sanitaire et sociale (PLATOSS) qui est actuellement la plus à même d'accueillir les différentes initiatives de partage et d'affirmer une expertise régionale.

- ⊕ La **PLATOSS vise à mettre en réseau les producteurs de l'observation sanitaire et sociale**. Afin d'en développer le volet sanitaire, il s'agira de préciser la gouvernance de la PLATOSS en élargissant le périmètre de ses membres en direction d'autres producteurs de données ou d'études sur la santé (Assurance maladie, ordres professionnels, Observatoire régional de santé...).

2. Mieux valoriser les données existantes

- ⊕ Afin de faciliter l'accès à l'information, il faut expertiser les données et leur utilisation, définir les plus pertinentes pour une question donnée, **co-construire des études, tableaux de bord, outils de restitution décisionnels** qui puissent être déclinés à différents niveaux territoriaux.
- ⊕ Il faut ensuite **les rendre accessibles au plus grand nombre sur internet** Cette diffusion d'une information synthétique, pertinente, documentée, territorialisée doit être accompagnée autant que possible par des analyses et des précautions d'utilisation, pour faciliter son appréhension par le lecteur et garantir la confiance. La data visualisation peut de ce point de vue être un outil de communication adapté (cf. thème 17, service public d'information en santé).

3. Construire de nouvelles données

- ⊕ Il convient de **mieux identifier collectivement les domaines dans lesquels l'observation reste à améliorer** ou à construire, en les priorisant et en construisant une observation complémentaire en collaboration avec tous les partenaires, comme les Conseils départementaux, le Conseil régional, les MDPH, l'Education nationale, la DREAL...
- ⊕ **Des domaines qui restent aujourd'hui peu documentés seront plus largement et conjointement investis** (inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, délais d'attente pour obtenir une place dans les établissements sociaux et médico-sociaux, ou pour l'accès à un équipement de santé, adéquation entre offre et public accueilli, état de santé des personnes en situation de handicap, conditions de vie des aidants...). Il faudra pour cela favoriser les partenariats ou co-financements de travaux d'observation et d'études (Région, Conseils départementaux, DRJSCS, DREAL, ORSB, CREAI, Insee, prestataires externes).

L'INDICATEUR DE REALISATION

Nombre de publications enrichissant l'observation partagée

Les liens avec les plans nationaux ou régionaux existants

- ⊕ Directive européenne « inspire ».

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Innovation.

Chantier 4 : Contractualiser le déploiement de la politique de santé sur les territoires

LES ENJEUX : POURQUOI AGIR ?

La réussite du projet régional de santé passera par la qualité de son déploiement territorial. La traduction de la stratégie régionale au plus près de la réalité des territoires et de leurs besoins, c'est pouvoir, dans un cadre contractuel, déployer des objectifs de santé en lien avec d'autres politiques locales en matière de prévention, d'offre de soins ou d'autonomie et de cohésion sociale. Cette contractualisation locale est un moyen d'agir sur les déterminants quotidiens de leur santé en prenant en considération les conditions de vie des citoyens. Elle constitue à ce titre un facteur important de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les contrats locaux de santé, les contrats territoriaux de santé et les contrats territoriaux de santé mentale constituent les outils privilégiés de déclinaison des objectifs du schéma régional de santé.

En Bretagne, la contractualisation s'est avérée dynamique avec quinze CLS d'une durée de trois ans signés sur la période du précédent PRS. Les CLS apparaissent comme des outils de coordination et de déclouisonnement opérants et bien perçus, ayant permis une déclinaison locale du PRS, tout en développant des actions en réponse aux besoins locaux.

Il s'agit aujourd'hui, au regard de l'expérience acquise, de déterminer une doctrine régionale en matière de contractualisation. Ainsi le renforcement de l'ancrage territorial de la politique régionale de santé résultera de la poursuite du déploiement des contrats du type CLS ou contrats de ville, mais aussi de notre capacité à déployer les nouvelles formes de contractualisation (contrats territoriaux de santé mentale, contrats territoriaux avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et contrats de ruralité) et à articuler le CLS avec les démarches contractuelles des autres partenaires.

LES RESULTATS ATTENDUS : QUE VEUT-ON FAIRE ?

1. Identifier l'échelon territorial sur lequel contractualiser

- ⊕ Cette approche devra partir d'une **analyse des besoins** conduite au plus près des personnes, de l'offre de santé disponible, des interactions entre professionnels et des initiatives des collectivités territoriales. A ce titre, la mise en cohérence des différents diagnostics à disposition des acteurs locaux constituera un atout : diagnostic territorial du conseil territorial de santé, diagnostic du projet territorial de santé mentale (PTSM), diagnostic santé-environnement, diagnostic du groupement hospitalier de territoire...
- ⊕ Le **déploiement des différents types de contrat doit continuer à s'appuyer sur des territoires de projet cohérents** du point de vue de leurs problématiques et de leurs caractéristiques. Il devra toujours privilégier les actions locales coordonnées notamment en matière de prévention, de santé environnementale ou de parcours de soins, de santé et de vie, afin de favoriser le déclouisonnement.

2. Développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires

- ⊕ Au-delà de la poursuite et du renforcement des contrats locaux de santé (CLS) ou des contrats de ville, il conviendra de **mobiliser au mieux les nouvelles formes de contractualisation** que constituent les contrats territoriaux de santé mentale, les contrats territoriaux avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ainsi que les contrats de ruralité.

- ⊕ Le dispositif d'animation territoriale sera adapté pour **répondre aux enjeux de santé publique** et pour **favoriser la structuration des parcours de santé** complexes. Il convient à ce titre d'inscrire dans les territoires les stratégies de promotion de la santé, d'améliorer la coordination ou la coopération entre les acteurs, de poursuivre l'élaboration des plans d'action.
- ⊕ Les contrats locaux de santé favoriseront en outre la réalisation d'actions définies et réalisées avec la participation directe des habitants.

Cet objectif est également évoqué au sein des thèmes « *déterminants de santé* », « *organisation des soins de proximité* » et « *santé mentale* ».

L'INDICATEUR DE REALISATION

Taux de couverture de la population régionale par des contrats locaux de santé

Les liens avec les autres thèmes du schéma régional de santé

- ⊕ Promotion de la santé, Organisation des soins de proximité, Parcours, Santé mentale.

LES OBJECTIFS QUANTIFIES DE L'OFFRE DE SOINS



Préambule

Sont ici présentés les objectifs quantifiés de l'offre de soins des différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation.

L'évolution de l'offre proposée s'inscrit dans la continuité de l'organisation figurant au premier PRS. Elle ne retient pas d'évolution majeure de l'offre de soins avec la création de nouveaux sites, excepté pour quelques activités. En effet les autorisations délivrées ne figent pas les capacités en lits et places et doivent permettre aux établissements de s'ajuster aux besoins, sans nécessiter de nouvelles implantations au sein des territoires.

Ces objectifs quantifiés sont la traduction d'une volonté de mettre en cohérence les objectifs d'accès aux soins, de sécurité, de qualité mais aussi d'efficacité des activités et des équipements dans le cadre du respect de l'ONDAM. L'évolution de l'offre hospitalière régionale continue d'être orientée vers l'évolution des modes de prise en charge, en optimisant la gradation des plateaux techniques et en développant des modes substitutifs à l'hospitalisation complète.

Dans le cadre des territoires de l'offre hospitalière, l'organisation des soins doit s'appuyer sur un dispositif gradué d'offre hospitalière assurant accessibilité et qualité des prises en charge. Cette organisation des soins doit donc veiller à la cohérence entre les différentes activités, garantir la prise en charge globale dans une logique de parcours du patient, et se traduire par la mise en œuvre de principes de complémentarité entre les établissements et leurs plateaux techniques. Cette articulation nécessite que les projets qui émergeront fassent l'objet d'une réflexion à l'échelle du territoire de l'offre hospitalière.

L'évolution de l'offre proposée ici est susceptible de connaître des ajustements au long des cinq ans du PRS, dans le cadre de la prise en compte de besoins spécifiques ou d'évolutions du contexte réglementaire.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont identifiés sous forme de sites d'activités de soins autorisables, sachant qu'un même site peut justifier de plusieurs autorisations sous condition d'une coopération formalisée permettant une complémentarité entre ces activités voisines. Pour les équipements lourds ils sont, en plus, identifiés sous forme de nombre d'appareils, dans le respect des dispositions réglementaires.



Par souci de lisibilité, les « zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds », définies aux articles L1434-9, L1434-11, R1434-30 et 32 du code de la santé publique seront dénommées « **territoires de l'offre hospitalière** ».

Ces territoires ont été fixés par arrêté du directeur général de l'ARS de Bretagne le 7 décembre 2017 et sont au nombre de sept :

- Territoire du **Finistère-Penn Ar Bed** (TFP) : Brest-Carhaix-Morlaix-Quimper-Douarnenez-Pont l'Abbé ;
- Territoire de **Lorient-Quimperlé** (TLQ) ;
- Territoire de **Brocéliande-Atlantique** (TBA) : Vannes-Ploërmel-Malestroit ;
- Territoire de **Haute-Bretagne** (THB) : Rennes-Redon-Fougères-Vitré ;
- Territoire de **St-Malo-Dinan** (TSMD) : St-Malo-Dinan ;
- Territoire d'**Armor** (TA) : St-Brieuc-Guingamp-Lannion ;
- Territoire du **Coeur de Breizh** (TCB) : Pontivy-Loudéac.

Le territoire du Finistère - Penn-Ar-Bed est issu du regroupement des anciens « territoires de santé » n°1 (Brest-Carhaix-Morlaix) et n°2 (Quimper-Douarnenez-Pont-l'Abbé). Pour faciliter la compréhension, les tableaux d'OQOS relatifs au territoire Finistère - Penn-Ar-Bed mentionnent les situations préexistantes pour ces deux anciens « territoires de santé », et ce par les abréviations « T1 » et « T2 ».

Objectifs quantifiés

Soins de suite et de réadaptation

A ce stade, il n'est pas retenu d'évolution majeure dans les implantations d'activités de soins de suite et de réadaptation dans la mesure où sont recherchés :

- ⊕ une gradation des prises en charge pour certaines spécialités, déjà concernées par une offre de recours dans le PRS 1 ;
- ⊕ des mutualisations lorsque plateaux techniques et compétences mobilisées sont proches : SSR cardiologiques, respiratoires et nutritionnels, SSR locomoteurs et neurologiques ;
- ⊕ un accompagnement des besoins de santé publique, notamment en SSR nutritionnels ;
- ⊕ un développement des prises en charge en ambulatoire ;
- ⊕ un ajustement de l'offre en SSR PAPD pour tenir compte d'un sous-dimensionnement de l'offre sur un territoire.

Ces implantations tiennent par ailleurs compte des opérations de recomposition hospitalière déjà engagées.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Non spécialisés	18	Regroupement des établissements Kerléna-Elorn Recomposition CHIC-UGECAM	-1 à l'issue de ce regroupement -1 à l'issue de cette recomposition Soit 16 sites
Dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes	11	Regroupement des établissements Kerléna-Elorn Regroupement des SSR du CHPM Recomposition CHIC-UGECAM	-1 à l'issue de ce regroupement -1 à l'issue de ce regroupement Soit 9 sites
Spécialisés locomoteurs	7	Contexte de recomposition CHIC-UGECAM	7
Spécialisés neurologiques	5	Contexte de recomposition CHIC-UGECAM	5
Spécialisés addictions	2	0	2
Spécialisés cardio-vasculaires	4	0	4
Spécialisés respiratoires	5	Contexte de recomposition CHIC-UGECAM	5
Spécialisés digestifs	2	0	2
Enfants - adolescents	5	0	5
Spécialisés onco-hématologiques	3	0	3

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Non spécialisés	8	Regroupement des sites du CH de Quimperlé Regroupement des SSR de la Maison St Joseph et du CH Quimperlé	-2 soit 6 sites à l'issue de ces regroupements
Dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes	4	0	4
Spécialisés addictions	2	Regroupement sur 1 site	1 à l'issue de ce regroupement
Spécialisés cardio-vasculaires	1	0	1
Spécialisés respiratoires	2	0	2
Spécialisés locomoteurs	1	0	1
Spécialisés neurologiques	1	0	1
Spécialisés digestifs	0	0	0
Enfants - adolescents	1	0	1
Spécialisés brûlés	1	0	1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Non spécialisés	8	0	8
Dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes	4	0	4
Spécialisés locomoteurs	3	0	3
Spécialisés neurologiques	3	0	3
Spécialisés addictions	0	0	0
Spécialisés cardio-vasculaires	1	0	1
Spécialisés respiratoires	1	0	1
Spécialisés digestifs	0	+ 1 au regard de l'actuelle absence d'implantation sur le Morbihan ; justifierait un site en hôpital de jour	1
Enfants - adolescents	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Non spécialisés	15	0	15
Dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes	5	Taux d'équipement insuffisant ajusté à l'évolution de la croissance démographique du territoire	+2 soit 7 sites
Spécialisés locomoteurs	8	0	8
Spécialisés neurologiques	6	0	6
Spécialisés addictions	3	0	3
Spécialisés cardio-vasculaires	1	0	1
Spécialisés respiratoires	1	0	1
Spécialisés digestifs	1	0	1
Enfants - adolescents	3	0	3 à 2
Spécialisés onco-hématologiques	0	+1	1

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Non spécialisés	7	0	7
Dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes	4	0	4
Spécialisés locomoteurs	2	Recomposition en cours entre les SSR du territoire	2
Spécialisés neurologiques	1	Recomposition en cours entre les SSR du territoire	1
Spécialisés addictions	0	0	0
Spécialisés cardio-vasculaires	1	0	1
Spécialisés respiratoires	0	Réflexion sur une possible recombinaison des SSR du territoire notamment pour des SSR respiratoires et digestifs	0
Spécialisés digestifs	0		0

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Non spécialisés	6	0	6
Dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes	5	0	5
Spécialisés locomoteurs	3	0	3
Spécialisés neurologiques	3	0	3
Spécialisés addictions	1	0	1
Spécialisés cardio-vasculaires	1	0	1
Spécialisés respiratoires	1	0	1
Spécialisés digestifs	1	0	1
Enfants - adolescents	2	0	2

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Non spécialisés	4	0	4
Dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes	1	0 à 1	1 à 2
Spécialisés locomoteurs	1	0	1
Spécialisés neurologiques	1	0	1
Spécialisés addictions	0	0	0
Spécialisés cardio-vasculaires	0	1	1
Spécialisés respiratoires	1	0	1
Spécialisés digestifs	0	0	0

Activités interventionnelles par voie endovasculaire en cardiologie

Pour les actes de type 1, il convient de noter la disparition dans le PRS 2 de la gradation supplémentaire des autorisations du précédent PRS. Une stabilisation des OQOS est par ailleurs proposée, les besoins étant actuellement couverts par les autorisations délivrées, dans un contexte où il n'y a pas d'impératif de proximité pour cette activité.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Type 1 : Electrophysiologie	1	0	1
Type 3 : autres cardiopathies de l'adulte	3	0	3

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma-cible du PRS 2018-2022
Type 1 : Electrophysiologie	1	0	1
Type 3 : autres cardiopathies de l'adulte	1	0	1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Type 1 : Electrophysiologie	1	0	1
Type 3 : autres cardiopathies de l'adulte	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Type 1 : Electrophysiologie	2	0	2
Type 2 : Cardiopathies congénitales	1	0	1

Type 3 : autres cardiopathies de l'adulte	2	0	2
---	---	---	---

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Type 1 : Electrophysiologie	1	0	1
Type 3 : autres cardiopathies de l'adulte	1	0	1

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Type 1 : Electrophysiologie	1	0	1
Type 3 : autres cardiopathies de l'adulte	1	0	1

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Type 3 : autres cardiopathies de l'adulte	0	0	0

Réanimation

Il est proposé de privilégier un renforcement des capacités de réponse des sites autorisés en lits de réanimation/surveillance continue, tout en cherchant à favoriser l'émergence d'organisations innovantes et coordonnées (équipe médicale de territoire, télémédecine et système d'information) dans un contexte de démographie tendue des anesthésistes-réanimateurs.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Réanimation adultes	4	Recomposition prévue sur Brest à horizon 2022	3 ou 4 selon échéance transfert de HIA
Réanimation pédiatrique	1	0	1

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Réanimation adultes	1	0	1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Réanimation adultes	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Réanimation adultes	1	0	1
Réanimation pédiatrique	1	0	1

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Réanimation adultes	1	0	1

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Réanimation adultes	1	0	1

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Réanimation adultes	0	0	0

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

Le PRS 1 avait mis l'accent sur la nécessité de développer la dialyse « hors centre » et visait le développement des unités de dialyse médicalisées (UDM), des unités d'auto-dialyse assistée (UAA) et de la dialyse à domicile. Huit nouvelles UDM ou UAA ont été autorisées dans ce cadre et devront faire l'objet d'une évaluation. Dans la continuité du PRS 1, l'accent devra être mis sur le développement de la dialyse à domicile qui ne concerne actuellement que 8% des patients pris en charge en IRC terminale alors que les techniques évoluent, la rendant plus accessible.

Dans ce contexte, il est retenu une stabilisation des OQOS actuels. Leur évolution ultérieure sera étudiée en fonction des résultats des évaluations des activités autorisées lors du PRS 1.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Centres d'hémodialyse adultes	7	0	7
Unités de dialyse médicalisée	7	0	7
Unités d'auto-dialyse	12	0	12

Centre d'hémodialyse pour enfants	1	0	1
Hémodialyse à domicile	2	0	2
Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	Voir autorisation territoire Haute Bretagne		

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Centres d'hémodialyse adultes	2	0	2
Unités de dialyse médicalisée	2	0	2
Unités d'auto-dialyse	3	0	3
Hémodialyse à domicile	1	0	1
Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	Voir autorisation territoire Haute Bretagne		

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Centres d'hémodialyse adultes	2	0	2
Unités de dialyse médicalisée	2	0	2
Unités d'auto-dialyse	5	0	5
Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	1	0	1
Hémodialyse à domicile	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Centres d'hémodialyse adultes	4	0	4
Unités de dialyse médicalisée	3	0	3
Unités d'auto-dialyse	5	0	5
Dialyse à domicile par dialyse péritonéale	1	0	1

Hémodialyse à domicile	1	0	1
------------------------	---	---	---

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Centres d'hémodialyse adultes	2	0	2
Unités de dialyse médicalisée	2	0	2
Unités d'auto-dialyse	3	0	3
Hémodialyse à domicile	1	0	1
<i>Dialyse à domicile par dialyse péritonéale</i>	<i>Voir autorisation territoire Haute Bretagne</i>		

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Centres d'hémodialyse adultes	2	0	2
Unités de dialyse médicalisée	4	0	4
Unités d'auto-dialyse	5	0	5
<i>Dialyse à domicile par dialyse péritonéale</i>	1	0	1
Hémodialyse à domicile	1	0	1

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Centres d'hémodialyse adultes	1	0	1
Unités de dialyse médicalisée	2	0	2
Unités d'auto-dialyse	2	0	2
Hémodialyse à domicile	1	0	1
<i>Dialyse à domicile par dialyse péritonéale</i>	<i>Voir autorisation territoire Haute Bretagne</i>		

Aide médicale à la procréation et diagnostic prénatal

La Bretagne compte cinq centres clinico-biologiques d'AMP : deux à Brest, deux à Rennes et un à Lorient. Elle se situe dans la moyenne des régions comparables et en conformité avec la moyenne nationale. Cette offre n'est toutefois pas présente dans les Côtes d'Armor. Aussi, dans la continuité du PRS 1, la possibilité de créer un sixième centre est-elle maintenue avec la nécessité d'une concrétisation à brève échéance.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Activités biologiques de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2 (T1) + 2 (T2) = 4	0	4
Autres activités biologiques**	2 (T1)	0	2
Activités cliniques *	2 (T1)	0	2
Analyses de cytogénétique y compris analyse de cytogénétique moléculaire	1 (T1)	0	1
Analyses de génétique moléculaire	1 (T1)	0	1
Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses	1 (T1)	0	1
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1 (T1)	0	1
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	+1	1

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Activités biologiques de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	0	1
Autres activités biologiques**	1	0	1
Activités cliniques *	1	0	1
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	0	1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Activités biologiques de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Activités biologiques de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	0	2
Autres activités biologiques**	2	0	2
Activités cliniques *	3	0	3
Analyses de cytogénétique y compris analyse de cytogénétique moléculaire	1	0	1
Analyses de génétique moléculaire	1	0	1
Analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses	1	0	1
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	0	1
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	+1	1

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Activités biologiques de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	0	1

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Activités biologiques de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	+1 pour permettre l'implantation d'un centre clinico-biologique d'AMP	2
Autres activités biologiques**	0	+1 pour permettre l'implantation d'un centre clinico-biologique d'AMP	1
Activités cliniques *	0	+1 pour permettre l'implantation d'un centre clinico-biologique d'AMP	1

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Activités biologiques de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	0

* Comprenant le prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP, le prélèvement par ponction de spermatozoïdes, le transfert d'embryons en vue de leur implantation, le prélèvement d'ovocytes en vue de don, la mise en œuvre de l'accueil de l'embryon.

** Comprenant les activités relatives à la FIV avec ou sans micro-manipulation, le recueil du sperme en vue de don, la préparation d'ovocytes en vue de don, la conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux, la conservation des embryons en vue d'un projet parental, la conservation des embryons en vue de leur accueil

Traitement du cancer

Une stabilité des implantations est proposée tout en tenant compte des recompositions programmées sur le Finistère. Les évaluations d'activité des opérateurs réalisées dans le cadre du renouvellement des autorisations de 2019 permettront de conforter ou pas cette stabilité.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Chirurgie des cancers - pathologies mammaires	6	-1 lié au regroupement des cliniques Grand Large et Keraudren	5
Chirurgie des cancers - pathologies digestives	9	-3 lié au transfert d'activité de l'HIA sur le CH, au transfert d'activité de Pasteur vers Keraudren et au regroupement des cliniques quimpéroises	6
Chirurgie des cancers - urologiques	5	0	5

Chirurgie des cancers – pathologies gynécologiques	5	-1 lié au regroupement de Keraudren et Grand Large	4
Chirurgie des cancers – pathologies ORL et maxillo-faciales	5 (T1) + 2 (T2)	-2 liés au transfert d'activité de l'HIA sur le CHU au transfert d'activité de Grand Large vers Pasteur	5
Chirurgie des cancers – pathologies thoraciques	3	0	3
Radiothérapie externe	2	0	2
Curiéthérapie	1	0	1
Chimiothérapie	4	+1	5
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées (adultes)	1 (T1)	0	1
Chirurgie des cancers pédiatriques	1 (T1)	0	1
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées (pédiatrique)	1 (T1)	0	1
Chimiothérapie pédiatrique	1 (T1)	0	1

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Chirurgie des cancers – pathologies mammaires	2	0	2
Chirurgie des cancers – pathologies digestives	3	0	3
Chirurgie des cancers – urologiques	2	0	2
Chirurgie des cancers – pathologies gynécologiques	1	0	1
Chirurgie des cancers – pathologies ORL et maxillo-faciales	2	0	2
Chirurgie des cancers – pathologies thoraciques	1	0	1
Radiothérapie externe	1	0	1
Curiéthérapie	0	0	0
Chimiothérapie	1	0	1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Chirurgie des cancers - pathologies mammaires	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies digestives	3	0	3
Chirurgie des cancers - urologiques	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies gynécologiques	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies ORL et maxillo-faciales	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies thoraciques	1	0	1
Radiothérapie externe	2	0	2
Curiothérapie	1	0	1
Chimiothérapie	2	0	2

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Chirurgie des cancers - pathologies mammaires	3	0	3
Chirurgie des cancers - pathologies digestives	6	0	6
Chirurgie des cancers - urologiques	3	0	3
Chirurgie des cancers - pathologies gynécologiques	3	0	3
Chirurgie des cancers - pathologies ORL et maxillo-faciales	4	0	4
Chirurgie des cancers - pathologies thoraciques	3	0	3
Radiothérapie externe	2	0	2
Curiothérapie	2	0	2
Chimiothérapie	5	0	5
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées (adultes)	1	0	1

Chirurgie des cancers pédiatriques	1	0	1
Radiothérapie pédiatrique	1	0	1
Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées (pédiatrique)	1	0	1
Chimiothérapie pédiatrique	1	0	1

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Chirurgie des cancers - pathologies mammaires	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies digestives	3	0	3
Chirurgie des cancers - urologiques	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies gynécologiques	1	0	1
Chirurgie des cancers - pathologies ORL et maxillo-faciales	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies thoraciques	0	0	0
Radiothérapie externe	1	0	1
Curiethérapie	0	0	0
Chimiothérapie	2	0	2

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Chirurgie des cancers - pathologies mammaires	4	0	4
Chirurgie des cancers - pathologies digestives	4	0	4
Chirurgie des cancers - urologiques	2	0	2
Chirurgie des cancers - pathologies gynécologiques	3	0	3
Chirurgie des cancers - pathologies ORL et maxillo-faciales	3	0	3
Chirurgie des cancers - pathologies	1	0	1

thoraciques			
Radiothérapie externe	1	0	1
Curiothérapie	1	0	1
Chimiothérapie	3	0	3

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Chirurgie des cancers - pathologies mammaires	1	0	1
Chirurgie des cancers - pathologies digestives	1	0	1
Chirurgie des cancers - urologiques	1	0	1
Chirurgie des cancers - pathologies gynécologiques	0	0	0
Chirurgie des cancers - pathologies ORL et maxillo-faciales	1	0	1
Chirurgie des cancers - pathologies thoraciques	0	0	0
Radiothérapie externe	0	0	0
Curiothérapie	0	0	0
Chimiothérapie	1	0	1

Génétique

L'accès de la population bretonne à une offre graduée de génétique s'est amélioré par la mise en place d'une organisation régionale. A ce stade il n'est pas identifié de besoin d'évolution de l'activité soumise à autorisation.

REGION BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombre de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Analyses de génétique moléculaire	4*	4*	4*
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	2	2

*2 autorisations sur le même site

Equipements matériels lourds

Le bilan de l'offre met en évidence un niveau d'équipement régional en imagerie de coupe encore inférieur au niveau national, ainsi que des contraintes fortes de démographie médicale, tant des radiologues hospitaliers que libéraux.

Dans ce contexte l'accroissement du parc d'équipement va être poursuivi en tenant compte des besoins repérés et de la maturité pressentie des projets.

REGION BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Caisson hyperbare	1	0	1

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Caisson hyperbare	1	0	1

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	10 + 6 = 16	+2	18
IRM	7 + 4 = 11 dont 2 ostéo-articulaires	+0,4 IRM polyvalent pour un équipement mobile +4 IRM polyvalents	15,4 dont 2 ostéo-articulaires
Caméras	6	0	6
Tomographe a émissions de positons (tep)	2 + 1 = 3	+2	5

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	9 + 5 = 14	-1	13
IRM	5 + 2 = 7	+2	9
Caméras	2 + 1 = 3	0	3
Tep	1+1=2	0	2

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	5	0	5
IRM	4	+1 IRM polyvalent	5
Caméras	2	0	2
TEP	1	0	1

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	4	0	4
IRM	3	+1	4
Caméras	1	0	1
TEP	1	0	1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	5	+1	6
IRM	4 dont 1 ostéo-articulaire	+2 IRM polyvalents	6 dont 1 ostéo-articulaire
Caméras	2	0	2
TEP	1	0	1

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	3	0	3
IRM	2	0	2
Caméras	1	0	1
TEP	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	14	+1 +1 au regard de l'évaluation du scanner recherche	15 à 16
IRM	14 dont 2 ostéo-articulaires	+5 IRM polyvalents	19 dont 2 ostéo-articulaires
Caméras	5	0	5
TEP	3	+2	5

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	10	0	10
IRM	8 dont 2 hors agglomération rennaise	0	8 dont 2 hors agglomération rennaise
Caméras	2	0	2
TEP	3	0	3

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	4	+1	5
IRM	4 dont 1 ostéo-articulaire	+1 IRM polyvalent	5
Caméras	1	0	1
TEP	0	+1	1

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	4	0	4
IRM	3	+1	4
Caméras	1	0	1

TEP	0	+1	1
-----	---	----	---

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	7	+1	8
IRM	6 dont 1 ostéo-articulaire (et 1 mobile)	-0,4 correspondant à l'activité carhaisienne de l'IRM mobile + 1	6,6 dont 1 ostéo-articulaire
Caméras	2	0	2
TEP	1	+1	2

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	5	0	5
IRM	4	0	4
Caméras	2	0	2
TEP	1	0	1

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombre d'appareils actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	1	+1	2
IRM	1	+1	2
Caméras	0	0	0

Activité - Modalité	Sites existants	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Scanners	1	0	1
IRM	1	0	1
Caméras	0	0	0

Médecine d'urgence

Des réflexions dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des groupes de travail PRS du thème « urgence et permanence des soins » pourront potentiellement amener à réviser le maillage territorial des urgences notamment pour faire évoluer certaines structures d'urgences à très faible activité vers des centres de soins non programmés.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Structure des urgences	10	0	10
Structure des urgences pédiatriques	1	0	1
SMUR	7	0	7
SAMU	1	0	1

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Structure des urgences	2	0	2
SMUR	2	0	2

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Structure des urgences	2 + 1 structure saisonnière	0	2 + 1 structure saisonnière
SMUR	3	0	3
SAMU	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022

Structure des urgences*	6	0	6
Structure des urgences pédiatrique	1	0	1
SMUR	4	0	4
SAMU	1	0	1

*Ainsi qu'un plateau technique hautement spécialisé en cardiologie

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Structure des urgences	2	0	2
SMUR	2	0	2

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Structure des urgences	4	0	4
SMUR	4	0	4
SAMU	1	0	1

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Structure des urgences	1	0	1
SMUR	1	0	1

Médecine

Des ajustements très ponctuels sont à prévoir concernant la confirmation d'unité de soins palliatifs devant être portées par une autorisation de médecine, et l'arrêt programmé d'activités de médecine sur certains ex hôpitaux locaux, dans le cadre de recompositions territoriales de l'offre.

Aucune augmentation du nombre de sites ou de développement de nouvelles autorisations n'est retenue compte tenu des taux de recours de l'ensemble des territoires et des transformations en cours vers les prises en charge en ambulatoire.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	16+5 = 21	Regroupement des cliniques Keraudren et Grand Large	-1, soit 20 sites

TERRITOIRE DE LORIENT QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	6	0	6 sites

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	7	Pour tenir compte de la fermeture de la médecine du CH de Malestroit.	-1, soit 6 sites

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	19	Restructuration en cours entre Monfort et St-Méen.	18

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	5	0	5

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	8	0	8

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	3	Recomposition avec la reconstruction du site de Guéméné	-1, soit 2 sites

Ces objectifs quantifiés de médecine n'intègrent pas les activités des établissements liées au milieu pénitentiaire

Médecine en HAD

Tous les territoires bretons sont couverts par une structure d'hôpital à domicile (13 HAD autorisées au total). L'offre a été organisée autour du principe de compétence exclusive d'un établissement HAD sur un territoire, responsable de la couverture des besoins de l'ensemble des patients du territoire autorisé.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation à domicile	3+1=4*	0	4*

*Non compris l'HAD de l'EPSM intégrée au volet psychiatrie

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation à domicile	1		1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation à domicile	2	0	2

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation à domicile	1	+1 pour une activité de médecine à orientation néonatale	2

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation à domicile	1	0	1

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation à domicile	3	0	3

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation à domicile	1	0	1

Chirurgie

Il n'est pas envisagé la création de nouveaux sites sur le territoire Finistère – Penn Ar bed à l'issue des opérations de recomposition envisagées dans la mesure où les files actives devraient être absorbées au sein des nouveaux projets développés.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	10+4 = 14	Regroupement des cliniques Keraudren et Grand Large Regroupement des cliniques quimpéroises Transfert d'activité de l'HIA vers le CHU de Brest	-3 à l'issue de chacune de ces recompositions, soit 11 sites

TERRITOIRE DE LORIENT QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	3	0	3

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	3	0	3

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	10	0	10

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	3	0	3

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	5	0	5

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Temps complet et/ou partiel	1	0	1

Périnatalité

La Bretagne est caractérisée par un maillage de proximité dense en termes de maternité. Elle se trouve confrontée à une diminution de la natalité (-11%) qui peut poser des problèmes d'activité dans les maternités les plus modestes, et donc d'attractivité médicale de celles-ci, ainsi qu'à une démographie peu favorable pour les pédiatres, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes.

Dans ce contexte il est à ce stade proposé un maintien de l'offre existante qui devra s'inscrire dans une nécessaire qualité et sécurité des prises en charge.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Gynécologie obstétrique à temps complet ou partiel	6	0	6
Néonatalogie soins courants	4	0	4
Néonatalogie soins intensifs	2	0	2
Réanimation néonatale	1	0	1

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Gynécologie obstétrique à temps complet ou partiel	1	0	1
Néonatalogie soins courants	1	0	1
Néonatalogie soins intensifs	1	0	1

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Gynécologie obstétrique à temps complet ou partiel	3	0	3
Néonatalogie soins courants	2	0	2
Néonatalogie soins intensifs	1	0	1
Réanimation néonatale	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Gynécologie obstétrique à temps complet ou partiel	6	0	6
Néonatalogie soins courants	5	0	5
Néonatalogie soins intensifs	1	0	1
Réanimation néonatale	1	0	1

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Gynécologie obstétrique à temps complet ou partiel	2	0	2
Néonatalogie soins courants	2	0	2

Néonatalogie soins intensifs	0	0	0
------------------------------	---	---	---

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Gynécologie obstétrique à temps complet ou partiel	4	Réflexion sur une recomposition des activités d'obstétrique sur ce territoire	3 à 4
Néonatalogie soins courants	2	0	2
Néonatalogie soins intensifs	1	0	1
Réanimation néonatale	1	0	1

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Gynécologie obstétrique à temps complet ou partiel	1	0	1
Néonatalogie soins courants	1	0	1
Néonatalogie soins intensifs	0	0	0

Soins de longue durée

Les objectifs quantifiés cibles s'appuient sur un rapport de l'IGAS qui fait état d'une offre en nombre de places installées USLD qui situe la Bretagne au 4^{ième} rang des régions (et au 9^{ième} rang quant au nombre de places d'USLD par million d'habitants).

Les ajustements proposés intègrent la reconfiguration médico-sociale engagée sur le territoire de Brocéliande Atlantique.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Soins de longue durée	10	+1 avec redéploiement capacitaire	11

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Soins de longue durée	5	0	5

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Soins de longue durée	5	0	5

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Soins de longue durée	7	0	7

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Soins de longue durée	3	0	3

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Soins de longue durée	5	0	5

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Soins de longue durée	2	0	2

Psychiatrie générale

Une stabilité des implantations est proposée excepté pour certaines formes d'alternative à l'hospitalisation complète, notamment les appartements thérapeutiques et le placement familial thérapeutique.

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	12	+2 : Permettre la mise en place de structures d'hospitalisation de courte durée en post-urgence sur les services d'urgence connaissant une activité importante	14
Hospitalisation de jour	17+15 = 32	0	32
Hospitalisation de nuit	6+1 = 7	0	7
Placement familial thérapeutique	0	+4 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier, dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	4
Appartements thérapeutiques	4+7 = 11	+2	13
Post-cure psychiatrique	3+0=3	0	3
Centre de crise	1	0	1
Hospitalisation à domicile	1	Régularisation de la situation particulière de l'EPSM Gourmelen	1

TERRITOIRE DE LORIENT-QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	4	0	4
Hospitalisation de jour	12	0	12

Hospitalisation de nuit	2	0	2
Placement familial thérapeutique	1	+1 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier, dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	2
Appartements thérapeutiques	1	+2 : Cible de 2 implantations additionnelles par rapport aux autorisations existantes, pour encourager, en cohérence avec les orientations régionales, le recours à cette modalité de soins qui a pour objectif de favoriser le retour vers le milieu ordinaire	3
Post-cure psychiatrique	0		0

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	4	-1 suite à la fermeture du site de Ploeren	3
Hospitalisation de jour	12	+1 suite aux transferts de l'activité de Ploeren	13
Hospitalisation de nuit	1	0	1
Placement familial thérapeutique	1	0	1
Appartements thérapeutiques	4	+6 : Cible de 6 implantations additionnelles par rapport aux autorisations existantes, pour encourager, en cohérence avec les orientations régionales, le recours à cette modalité de soins qui a pour objectif de favoriser le retour vers le milieu ordinaire	10
Post-cure psychiatrique	2	0	2

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	7	-1 suite à la fermeture de l'activité sur Fougères	6
Hospitalisation de jour	15	+3	18
Hospitalisation de nuit	2	-1 suite à la fermeture de l'activité sur Fougères	1
Placement familial thérapeutique	2		2
Appartements thérapeutiques	2	+2 : Cible de 2 implantations additionnelles par rapport aux autorisations existantes, pour encourager, en cohérence avec les orientations régionales, le recours à cette modalité de soins qui a pour objectif de favoriser le retour vers le milieu ordinaire	4
Post-cure psychiatrique	2	0	2

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	3	0	3
Hospitalisation de jour	7	0	7
Hospitalisation de nuit	2	0	2
Placement familial thérapeutique	1	+1 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	2
Appartements thérapeutiques	3	+2 : Cible de 2 implantations additionnelles par rapport aux autorisations existantes, pour encourager, en cohérence avec les orientations régionales, le recours à cette modalité de soins qui a pour objectif de favoriser le retour vers le milieu ordinaire	5
Post-cure psychiatrique	0	0	0

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	5	0	5
Hospitalisation de jour	9	0	9
Hospitalisation de nuit	2	0	2
Placement familial thérapeutique	1	+1 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	2
Appartements thérapeutiques	0	+2	2
Post-cure psychiatrique	0	0	0

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	3	0	3
Hospitalisation de jour	7	0	7
Hospitalisation de nuit	1	0	1

Placement familial thérapeutique	1	0	1
Appartements thérapeutiques	0	+2 : Cible de 2 implantations additionnelles par rapport aux autorisations existantes, pour encourager, en cohérence avec les orientations régionales, le recours à cette modalité de soins qui a pour objectif de favoriser le retour vers le milieu ordinaire	2
Post-cure psychiatrique	0	0	0

Ces objectifs quantifiés de psychiatrie n'intègrent pas les activités des établissements liées au milieu pénitentiaire

Psychiatrie infanto-juvénile

TERRITOIRE DU FINISTERE-PENN AR BED

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	4	0	4
Hospitalisation de jour	5+4 = 9	0	9
Hospitalisation de nuit	0+2	0	2
Placement familial thérapeutique	1+0	+2 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	3
Centre de crise	1	0	1

TERRITOIRE DE LORIENT QUIMPERLE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	1	0	1
Hospitalisation de jour	6	+1	7
Hospitalisation de nuit	0	+1	1
Placement familial thérapeutique	0	+2 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	2

TERRITOIRE DE BROCELIANDE-ATLANTIQUE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	1	0	1
Hospitalisation de jour	6	+1	7
Hospitalisation de nuit	1	0	1
Placement familial thérapeutique	1	0	1

TERRITOIRE DE HAUTE-BRETAGNE

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	1	0	1
Hospitalisation de jour	11	+1	12
Hospitalisation de nuit	0	+1	1
Placement familial thérapeutique	1	0	1

TERRITOIRE DE ST-MALO-DINAN

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	1	0	1
Hospitalisation de jour	2	0	2
Hospitalisation de nuit	0	+1	1
Placement familial thérapeutique	0	+2 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	2

TERRITOIRE D'ARMOR

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	1	0	1
Hospitalisation de jour	5	0	5
Hospitalisation de nuit	1	0	1
Placement familial thérapeutique	0	+2 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	2

TERRITOIRE DU COEUR DE BREIZH

Activité - Modalité	Nombres de sites actuellement autorisés	Créations-Suppressions-Recompositions	Schéma - cible du PRS 2018-2022
Hospitalisation complète	0	0	0
Hospitalisation de jour	4	0	4
Hospitalisation de nuit	0	0	0
Placement familial thérapeutique	0	+1 : Cible d'une implantation par établissement de service public hospitalier dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète	1

LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE



Principes et périmètre

Principes

Le volet régional de la Permanence des soins en Etablissements de Santé (PDES) décrit l'organisation de la prise en charge des patients au sein des établissements bretons, aux horaires de permanence des soins, la nuit à partir de 20h jusqu'à 8h, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h, en lien avec les structures des urgences, dans le cadre de filières de soins graduées identifiées.

Les différentes modalités de permanence des soins sont:

- ⊕ **La garde** : la présence effective du médecin dans l'établissement est requise.
- ⊕ **L'astreinte** : le médecin a l'obligation d'être joignable à son domicile ou à proximité afin d'intervenir dans les plus brefs délais dans l'établissement de santé.
- ⊕ **La demi-garde/demi-astreinte** : la première partie de nuit (18h30-0h) relève d'une garde, la seconde (0h-8h) d'une astreinte.

La PDES concerne le seul champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Les ex-hôpitaux locaux, les SSR, les USLD et la psychiatrie hors service d'urgences, ne relèvent donc pas du dispositif de PDES.

Dans le cadre de la loi de programmation militaire 2014-2019 et de la loi de modernisation du système de santé qui reconnaît les hôpitaux des armées comme acteurs à part entière du service public hospitalier, l'Hôpital d'Instruction des Armées de Brest est intégré dans le schéma de PDES.

Les plateaux techniques hautement spécialisés des centres référents voire régionaux relèvent du volet de PDES. Cette mission peut cependant être mutualisée entre plusieurs structures autorisées.

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public PDES vise ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. Les praticiens libéraux (y compris de ville) peuvent également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

Cela n'exclut pas la possibilité pour les structures des urgences de recourir en cas de besoin, de manière plus ponctuelle, à d'autres services ou structures non financées au titre de la PDES. Une fois le répertoire opérationnel des ressources (ROR) mis en place, toutes les structures pouvant accueillir des malades en aval des urgences y seront répertoriées mais celui-ci devra préciser la liste des services et spécialités participant au schéma cible de PDES, indemnisés pour cela et donc mobilisables en priorité.

Toute ligne de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relève pas de la permanence des soins. En effet, une autorisation d'activité de soins nécessite une organisation de prise en charge continue des soins 24 heures sur 24. Cela définit la « continuité des soins », dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

Périmètre

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médico-techniques.

Activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligations de permanence des soins. Ce sont principalement :

- ⊕ les activités de périnatalité et de gynécologie obstétrique ;
- ⊕ les réanimations adulte et pédiatrique, les unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques ;
- ⊕ les unités neuro-vasculaires ;
- ⊕ la cardiologie interventionnelle ;
- ⊕ la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la neuroradiologie interventionnelle ;
- ⊕ l'hémodialyse, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques.

Si l'activité de greffe relève d'un financement spécifique hors schéma, l'hémodialyse relève de la continuité des soins et n'est pas financée au titre de la permanence des soins.

Les unités de surveillance continue ont une permanence des soins mutualisée en interne au sein des établissements.

Activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aigüe spécialisée, au sein, ou en aval des urgences voire directement dans un service de spécialité.

- ⊕ Spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, hématologie clinique.
- ⊕ Spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, ORL, urologie.

Activités médico-techniques : il s'agit de l'imagerie médicale, de la biologie et de la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins. Les activités d'imagerie et de biologie médicale participent également à la permanence des soins. Elles sont inscrites dans le volet de PDSES. Toutefois la particularité de ces activités justifie une modalité de financement spécifique.

Les spécialités suivantes ne sont pas concernées par le volet de permanence des soins Il s'agit :

- ⊕ du traitement du cancer ;
- ⊕ des soins de suite et de réadaptation, de la rééducation et réadaptation fonctionnelle ;
- ⊕ des activités de biologie d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal ;
- ⊕ d'examen de caractéristiques génétiques.

De même ne sont pas inscrites dans le volet :

- ⊕ la médecine interne ;
- ⊕ la gériatrie ;
- ⊕ l'endocrinologie ;

- ⊕ l'infectiologie ;
- ⊕ la dermatologie ;
- ⊕ la rhumatologie ;
- ⊕ la médecine vasculaire ;
- ⊕ la pneumologie ;
- ⊕ la chirurgie plastique.

Préconisations pour l'organisation régionale de la permanence des soins en établissement de santé

La gradation des soins et la territorialisation

La répartition des spécialités médicales et chirurgicales obéit au régime des autorisations inscrites dans le SRS et ses différents thèmes. Cependant, dans un objectif d'efficacité et d'optimisation de la ressource médicale, le principe de mutualisation de cette permanence est inscrit pour certaines activités. Cette mutualisation peut être construite à l'échelle d'une agglomération, d'un territoire, voire au niveau régional. Elle peut intégrer des praticiens libéraux.

L'organisation de la PDES s'appuie sur des filières de soins graduées identifiées dans un projet médical territorial.

Le circuit du patient y est défini pour chaque spécialité avec le rôle de chaque établissement, les conditions d'orientation éventuelles vers le centre de recours, et de son retour vers les centres de proximité.

Sur cette base, la régulation par le centre 15 tient une place centrale dans le dispositif.

L'équipe médicale de territoire est un élément majeur dans l'organisation et la mutualisation de la PDES. Elle peut prendre plusieurs formes : le temps médical partagé d'assistant et/ou de praticien, la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) et le pôle inter-établissements de territoire.

Dans le cadre de la PDES, des praticiens libéraux peuvent intervenir au sein de cette équipe de territoire.

L'évolution de la PDES, au regard des besoins et des organisations définies dans les projets médicaux territoriaux, notamment les projets médicaux partagés des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), peut amener à une réduction du nombre lignes et de sites de permanence conduisant à des mutualisations. Dans ce cas, le directeur général de l'ARS ne désignera qu'une partie des établissements pour assurer cette mission sur la base des critères de priorisation suivants : environnement, la notion de site référent, la présence d'une structure d'urgence sur le site, le niveau d'activité, les équipements, la formation des personnels.

Le volet de PDES est élaboré en continuité du PRS 2012-2017. Les évolutions de l'organisation territoriale des soins notamment dans le cadre des GHT pourront amener à une évolution du volet de PDES formalisée lors des révisions annuelles du PRS.

La garantie de la qualité et de la sécurité des soins

Améliorer l'accès aux soins

Le volet garantit aux horaires de permanence des soins en lien avec le réseau des urgences, dans un principe de filière de soins graduée, un accès aux soins à l'échelle du territoire, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées.

L'accessibilité financière doit être respectée, les tarifs opposables dans ces plages horaires étant ceux du secteur 1 de la convention nationale entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie.

Améliorer la qualité de prise en charge

L'organisation de la PDES doit participer à la réduction des délais d'attente et d'orientation en aval des urgences. Elle sécurise les parcours de soins non programmés urgents.

Améliorer l'efficacité

L'élaboration du volet participe à l'optimisation de l'utilisation de la ressource médicale et financière dans la région en évitant les doublons et en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leur statut.

Le financement de la permanence des soins

L'enveloppe financière de la permanence des soins de l'ensemble des établissements publics de santé, privés participants au service public, et privés lucratifs est réunie dans la « MIG PDES » régionale. Celle-ci a vocation à financer exclusivement les indemnités de sujétion des médecins participants à cette mission.

En raison des différences statutaires des établissements et des médecins, les modalités de financement sont différentes.

La **mission de service public de PDES** définie dans le volet régional, est inscrite dans les CPOM des établissements et fait l'objet du versement d'une MIG PDES aux établissements publics et privés participant au service public sous réserve de la réalisation de la mission contractualisée évaluée annuellement, notamment dans son aspect de territorialisation.

Les **établissements privés lucratifs**, dont la mission de service public est inscrite dans leur CPOM, déclarent à la CPAM l'activité PDES des différents praticiens. La caisse primaire liquide directement l'indemnité de sujétion aux médecins concernés selon l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé.

A ce jour, le financement de **l'Hôpital d'instruction des armées** de Brest relève du Ministère des Armées. A compter de 2018 dans le cadre de l'intégration des hôpitaux des Armées dans les acteurs publics hospitaliers, certaines missions de l'HIA de Brest, dont la permanence des soins en établissement de santé, seront financées par l'ARS Bretagne.

Volet de la permanence des soins en établissement de santé

Activités réglementées

Indépendamment de l'organisation mise en place, le financement de la permanence des soins est basé sur le code de santé publique en retenant le niveau plancher. Ainsi, quand il est inscrit « *garde ou astreinte* » dans la réglementation, la dotation allouée permettra le financement d'une astreinte.

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET PEDIATRIE

Articles D. 6124-44, D. 6124-56 et D. 6124-61 du code de la santé publique

Le financement de la PDS de gynécologie, anesthésie et pédiatrie répond à la description suivante.

Les maternités de niveau 1 et 2A

Inférieures à 1500 naissances :

Le gynécologue est d'astreinte dédiée. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale. L'anesthésiste et le pédiatre sont d'astreinte

Entre 1500 et 2000 naissances :

Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale. L'anesthésiste est de garde Le pédiatre est d'astreinte.

Supérieures à 2000 naissances :

Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale. L'anesthésiste est de garde dédiée. Le pédiatre est d'astreinte.

Les maternités de niveau 2B et 3

Les activités de ces maternités sont en Bretagne, supérieures à 2000 naissances.

Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale. L'anesthésiste est de garde dédiée. Le pédiatre est de garde. Dans le cas de la réanimation néonatale, la mutualisation avec l'USIC néonatale se fait sous la forme d'une garde plus une astreinte.

Etablissements concernés

Inférieurs à 1500 naissances :

- ⊕ **Niveau 1** : CHU Brest-Carhaix site de Carhaix, CH Landerneau, CH Ploërmel, Hôpital privé Océane Vannes, CH Redon, CH Guingamp, CH Lannion.

- ⊕ **Niveau 2A** : CH Morlaix, CH Fougères, CH Dinan, CH St Malo, Hôpital privé des Côtes d'Armor, CHCB Pontivy, CH Vitré.

Entre 1500 et 2000 naissances :

- ⊕ **Niveau 3** : CHBA Vannes.

Supérieurs à 2000 naissances :

- ⊕ **Niveau 2A** : Clinique Keraudren Brest, CHP St Grégoire Rennes, Clinique la Sagesse Rennes.
- ⊕ **Niveau 2B** : CHBS Lorient, CHIC Quimper.
- ⊕ **Niveau 3** : CHU Brest, CHU Rennes, CH St Brieuc.

REANIMATION

Réanimation pédiatrique

Article D. 6124-34-3 du code de la santé publique (CSP)

Une garde de pédiatre est financée. Celle-ci est mutualisée avec l'USIC néonatale sous forme une garde (G) plus une astreinte (A).

- ⊕ Brest : 1G + 1A
- ⊕ Rennes : L'activité du CHU de Rennes ainsi que la mutualisation d'activités de gynéco obstétrique, de réanimation néonatale, réanimation pédiatrique, bloc opératoire pédiatrique, justifie sur l'ensemble de ces activités :
 - 2 gardes de gynéco-obstétrique
 - 2 gardes d'anesthésie réanimation
 - 2 gardes de pédiatrie

Réanimation adulte

Art. D. 6124-31 CSP

Une garde par structure est inscrite.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 3, Morlaix 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 3
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	

Surveillance continue

L'activité est principalement liée à la continuité des soins. Elle est mutualisée en interne au sein des établissements.

Soins intensifs cardiologiques

Art. D 6214-105 et art 6124-109 CSP

Une garde de cardiologue par unité est inscrite.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 2, Morlaix 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 2
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	

Soins intensifs

Art. D 6214-105 et art 6124-109 CSP

Une garde par unité est inscrite

- ⊕ gastroentérologie : Rennes 1.
- ⊕ chirurgie cardiaque : Brest 1, Rennes 1.
- ⊕ neurochirurgie : Brest 1, Rennes 1.

UNITES NEURO-VASCULAIRES (UNV)

Circulaire DHOS/04 2007-108 du 22 mars 2007

Une astreinte de neurologue par UNV est inscrite. Les UNV des CHU sont rémunérées par une garde en raison de leur rôle de référence régionale.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 1
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1

Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Art. 6124-181 CSP

Une astreinte de cardiologue interventionnel par site est inscrite.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 2 Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 2
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	

CHIRURGIE CARDIAQUE

Art. 6124-123 CSP

Une astreinte de chirurgien cardiaque et une d'anesthésiste réanimateur sont inscrites par site.

- ⊕ Brest 1, Rennes 1

NEUROCHIRURGIE

Art. 6124-138 CSP

Une astreinte de neurochirurgie adulte

- ⊕ Brest 1, Rennes 1

Une astreinte de neurochirurgie pédiatrique

- ⊕ Rennes 1

NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Art. 6124-150 CSP

Une astreinte de neuroradiologue interventionnel par site est inscrite.

- ⊕ Rennes 1

➔ Brest 1

L'activité de permanence des soins d'anesthésie réglementée concernant les activités de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle sera mutualisée sous forme d'une garde

Activités non réglementées

SPECIALITES CHIRURGICALES

L'organisation de la PDES chirurgicale au sein d'un territoire d'offre hospitalière doit privilégier les mutualisations entre établissements dans le cadre d'équipes médicales de territoire.

Les médecins libéraux participant à la PDES des établissements privés inscrits dans le volet seront financés directement par la CPAM sur la base de l'enveloppe MIG PDES inscrite au CPOM de l'établissement.

Seuls les sites disposant d'une structure d'urgence et/ou ceux assurant la permanence des soins dans le cadre de convention avec une structure d'urgence sont financés au titre de la PDES.

Chirurgie digestive et ortho-traumatologique

Le volet de PDES intègre la recommandation du Conseil national de chirurgie d'une ligne de PDES pour 400 000 à 600 000 habitants. La prise en compte de ces recommandations amène à individualiser, des sites où la PDES est complète, et des sites où la PDES est limitée en début de nuit, week-ends (WE) et jours fériés (JF) (reconnaisable par un (*) dans le document). Cette dernière sera financée selon des critères définis, notamment dans l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé.

Chirurgie viscérale et digestive

Le principe est la rémunération d'une astreinte par site disposant d'une maternité avec structure d'urgence. La notion d'équipe médicale de territoire est favorisée selon les modalités définies plus haut.

Une astreinte par site est inscrite. La notion de permanence de début de nuit, WE et JF est introduite.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 3, Landerneau 1, Morlaix 1, Carhaix 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1, Ploërmel 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 2 + 1(*), Fougères 1, Vitré 1, Redon 1
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1, Dinan 1
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1, Lannion 1, Guingamp 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

(* astreinte début de nuit ainsi que samedi après-midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h)

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Le développement d'équipes médicales de territoires est incité. Une seule ligne d'astreinte territoriale mutualisée sera rémunérée. Une pondération est réalisée selon des critères populationnels, d'accessibilité géographique et de distance entre centres. A cet effet, le principe d'une ligne d'astreinte en début de nuit ainsi que les samedis après-midi, dimanches et jours fériés par site est retenu et financé sur certains sites disposant de structure d'urgence.

Cette mission de service public mutualisée appuie son organisation et sa mise en œuvre sur la télé-médecine.

L'inscription d'une astreinte est prévue en lien avec la notion de permanence de début de nuit, WE et JF pour certains sites.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 2 + 1 (*) + Carhaix (*), Landerneau (*), Morlaix 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1, Ploërmel (*)
Territoire Haute-Bretagne	Rennes : 2 + Rennes (*), Fougères - Vitré 1, Redon 1
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1, Dinan (*)
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1, Guingamp-Lannion 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

(*) astreinte de début de nuit ainsi que samedi après-midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h

La pérennité de l'astreinte de début de nuit ainsi que du samedi après-midi, des dimanches et jours fériés sera soumise à évaluation.

Chirurgie de spécialité

Excepté pour la chirurgie de la main, la chirurgie vasculaire et thoracique et la chirurgie infantile, la répartition d'une ou deux astreintes par territoire selon leur taille d'une astreinte par territoire, à l'exception du territoire de Brest Carhaix Morlaix Quimper Douarnenez Pont l'Abbé, est le principe retenu avec la possibilité de mutualisation entre deux territoires. Cette notion varie pour des raisons d'activité et de disponibilité médicale.

Urologie

Une astreinte par territoire, à l'exception du territoire de Brest Carhaix Morlaix Quimper Douarnenez Pont l'Abbé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1,

Territoire Haute-Bretagne	Rennes 1
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	

Chirurgie vasculaire et thoracique

Inscription d'une astreinte par territoire, à l'exception du territoire de Brest Carhaix Morlaix Quimper Douarnenez Pont l'Abbé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1,
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 1
Territoire St-Malo-Dinan	
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	

Chirurgie oto-rhino-laryngologique (ORL)

Inscription d'une astreinte par territoire, à l'exception du territoire de Brest Carhaix Morlaix Quimper Douarnenez Pont l'Abbé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 1
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

Chirurgie ophtalmologique (OPH)

Inscription d'une astreinte par territoire, à l'exception du territoire de Brest Carhaix Morlaix Quimper Douarnenez Pont l'Abbé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1

Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 1
Territoire St-Malo-Dinan	St-Malo 1
Territoire d'Armor	St-Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	

La recommandation du volet de PDES en chirurgies ORL et OPH sera soumise à évaluation avec la possibilité d'évoluer vers une astreinte par territoire voire pour 2 territoires.

Chirurgie SOS main

Deux astreintes sur la région sont inscrites :

- ⊕ Brest 1,
- ⊕ Rennes 1.

Chirurgie infantile

Cinq astreintes sur la région sont inscrites.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest : 2 (Orthopédie + viscéral)
Territoire Lorient Quimperlé	
Territoire Brocéliande-Atlantique	
Territoire Haute-Bretagne	Rennes : 2 (Orthopédie + viscéral)
Territoire St-Malo-Dinan	
Territoire d'Armor	St-Brieuc : 1
Territoire Cœur de Breizh	

ANESTHESIE LIEE AUX ACTIVITES NON REGLEMENTEES

Il s'agit de la permanence des soins liée aux activités non réglementées des blocs opératoires. Lorsqu'elle est compatible avec la réglementation, en particulier avec les chiffres d'activité d'obstétrique, la permanence des soins est mutualisée entre les lignes d'anesthésie réglementée et non réglementée.

Le principe de financement retenu est celui d'une garde par établissement référent et d'une demi-garde + demi-astreinte pour les établissements de proximité disposant d'urgences, de bloc opératoire avec maternité < 1 500 accouchements et d'une USC polyvalente.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 2G + 1 A, Carhaix ½ G + ½ A, Morlaix ½ G + ½ A, Landerneau 1A, Quimper 1 G
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1 G

Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1 G + Ploërmel ½ G + ½ A
Territoire Haute-Bretagne	2 Rennes 1G + 1 A + 1A (*), Fougères ½ G + ½ A, Vitré ½ G + ½ A, Redon ½ G + ½ A
Territoire St-Malo-Dinan	St Malo 1 G, Dinan ½ G + ½ A
Territoire d'Armor	St Brieuc 1 G + Lannion ½ G + ½ A, Guingamp ½ G + ½ A
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1 G

(*) astreinte début de nuit ainsi que samedi après-midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h.

SPECIALITES MEDICALES

Médecine polyvalente

Une astreinte par structure autorisée en médecine polyvalente disposant d'une structure d'urgence est inscrite. L'intérêt de la pérennité de cette ligne de PDES sera évalué.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 2, Carhaix 1, Landerneau 1, Morlaix 1, Quimper 1, Concarneau 1, Douarnenez 1, Pont l'Abbé 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1, Quimperlé 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1, Ploërmel 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 1, Fougères 1, Vitré 1, Redon 1
Territoire St-Malo-Dinan	St Malo 1, Dinan 1
Territoire d'Armor	St Brieuc 1, Lannion 1, Guingamp 1, Paimpol 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

Endoscopie digestive

Une astreinte par site disposant d'une unité de réanimation est inscrite, pondérée pour raison d'accessibilité géographique.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 2, Morlaix 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	CHU Rennes : cette permanence est considérée comme mutualisée avec l'USI de gastroentérologie
Territoire St-Malo-Dinan	St Malo 1
Territoire d'Armor	St Brieuc 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

Cardiologie hors USIC

Au niveau des centres de référence, cette permanence est mutualisée avec la garde de l'USIC.

Dans les centres de proximité, une astreinte est inscrite selon l'activité, la disponibilité médicale et l'accessibilité géographique.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 1, Carhaix 1, Douarnenez 1
Territoire Lorient Quimperlé	
Territoire Brocéliande-Atlantique	Ploërmel 1
Territoire Haute-Bretagne	Fougères 1
Territoire St-Malo-Dinan	Dinan 1
Territoire d'Armor	Lannion 1, Guingamp 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

Hématologie clinique

Une astreinte est inscrite

- ⊕ Brest 1 ;
- ⊕ Rennes 1.

Pneumologie

Une astreinte est inscrite en lien avec l'activité réglementée de réanimation.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest 2, Morlaix 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 1
Territoire St-Malo-Dinan	St Malo 1
Territoire d'Armor	St Briec 1
Territoire Cœur de Breizh	

ACTIVITES MEDICO-TECHNIQUES

Imagerie médicale

Le principe est d'organiser une permanence des soins territoriale voire interterritoriale prenant en compte les niveaux d'activité et régionale selon les spécialités, notamment en imagerie de coupe et imagerie

interventionnelle. La télé imagerie est le support nécessaire à cette organisation. L'activité d'échographie tendra à être organisée même en l'absence de radiologue. Cette permanence doit reposer sur des équipes médicales mutualisées intégrant les médecins des établissements publics et les médecins libéraux.

Biologie médicale

Le financement est celui d'une astreinte.

Une démarche de rapprochement des laboratoires de biologie médicale est motivée par l'accréditation des laboratoires et les travaux des GHT. Une mutualisation au sein des grosses structures notamment les CHU (2 astreintes par CHU) ainsi qu'entre laboratoires d'établissements de santé d'un même territoire doit se mettre en place a fortiori pour la continuité et la permanence des soins.

Le principe du schéma s'appuie sur la notion d'équipe de biologiste territoriale. Le financement est contractualisé avec l'établissement référent du territoire de santé sur la base d'une permanence mutualisée territoriale ainsi que par structure disposant d'urgences et/ou maternité, pondéré par la distance géographique entre 2 structures permettant ces mutualisations (inférieure ou égale à 30 minutes).

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Brest mutualisé avec Landerneau 3, Morlaix 1, Quimper 1
Territoire Lorient Quimperlé	Lorient 1
Territoire Brocéliande-Atlantique	Vannes 1
Territoire Haute-Bretagne	Rennes 2, Fougères 1
Territoire St-Malo-Dinan	St Malo 1
Territoire d'Armor	St Brieuc 1, Lannion 1
Territoire Cœur de Breizh	Pontivy 1

LES INDICATEURS

Les indicateurs de la Stratégie nationale de santé

Indicateurs de résultats à long terme

Espérance de vie

Espérance de vie sans incapacité

Axe I : Mettre en place un politique globale de prévention et de promotion de la santé

Prévalence du tabagisme quotidien (adultes)

Prévalence de la consommation régulière d'alcool (adultes)

Prévalence des limitations de longue durée perçues dans les activités usuelles du fait d'un problème de santé

Concentration annuelle (base 100) des quatre principaux polluants en zone urbaine (niveaux moyens d'exposition)

Taux de couverture vaccinale grippe

Taux de couverture du dépistage du cancer colorectal pour la population du 1er quintile de Fdep

Axe II : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

Taux de renoncement aux soins (traitements ou soins médicaux ou dentaires) pour raisons financières : écart entre les 20% plus modestes et le reste de la population

Part du reste à charge des ménages pour les dépenses dentaires, optiques et d'audioprothèses

Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil

Nombre de consultations ambulatoires réalisées en télé-médecine et télé expertise

Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires

Axe III : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population (4)

Taux d'hospitalisations potentiellement évitables

Taux de chirurgie ambulatoire

Prévalence de la polymédication (3 délivrances au moins pour 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus 75 ans

Taux de réhospitalisation à 30 jours

Axe IV : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel

Priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune

Couverture vaccinale à 9 mois (ou à 1 an) pour les 11 vaccins obligatoires

Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6ème anniversaire

Les indicateurs du Schéma régional de santé

1. Promotion de la santé

Nombre de personnes informées / sensibilisées à la problématique des inégalités de santé

Nombre d'actions de prévention menées par les établissements de santé au titre de leur CPOM

Couverture vaccinale à 9 mois (ou à 1 an) pour les 11 vaccins obligatoires

Part des schémas de cohérence territoriale (SCOT) bretons intégrant les enjeux d'un urbanisme favorable à la santé

Taux d'absentéisme au sein des établissements et services médico-sociaux et des établissements publics de santé

2. Soins de proximité

Nombre de structures d'exercice coordonné en région

Part des structures d'exercice coordonné (MSP, ESP et centres de santé) ayant mis en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé dans l'année

Part des structures d'exercice coordonné (ESP, MSP, CDS) ayant déployé un système d'information partagé labellisé

Nombre de CPTS déployées en région

3. Urgences et permanence des soins

Part des maisons de santé ayant intégré l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel)

Taux de participation des médecins généralistes au dispositif régional de permanence des soins

Part de la population à plus de 30 minutes d'un soin urgent

Pourcentage de carences ambulancières sur le nombre total de transport urgents pré-hospitaliers (UPH)

4.1 Chirurgie

Part des établissements bretons présentant un nombre moyen de séjours de chirurgie inférieur au nombre moyen de séjours de chirurgie au niveau national.

DMS sur les prothèses de hanche

4.2 Chirurgie ambulatoire

Taux global de chirurgie ambulatoire

4.3 Médecine en hospitalisation de jour

Part des séjours de 0 nuitée en médecine

Taux d'entrée par les urgences en médecine hospitalisation complète

4.4 Hospitalisation à domicile

Taux de recours à l'HAD par jour pour 100 000 h

Nombre de patients admis en HAD adressés par le médecin traitant

4.5 Imagerie

Ecart des taux de recours à l'IRM à l'intérieur de la région

Ratio entre recours au scanner et recours à l'IRM

4.6 Génétique

Délai moyen d'attente pour accéder à une consultation de génétique

Délai moyen, en jours, de rendu au prescripteur d'un résultat d'examen des caractéristiques génétique d'une personne de type "analyse chromosomique sur puce à ADN (ACPA)" à compter de la date du prélèvement.

4.7 Réanimation

Taux d'occupation des lits de réanimation

Nombre de jour/personne de formation spécifique sur l'année par pr. paramédical de réanimation

4.8 Soins de suite et de réadaptation

Part des adressages directs en SSR en hospitalisation complète

Part des patients pris en charge en SSR ayant bénéficié d'au moins un acte de rééducation d'éducation thérapeutique

Ratio entre ressources et charges propres à l'activité de SSR

5. Soins palliatifs

Taux de patients pris en charge par une HAD en soins palliatifs, parmi les patients hospitalisés en HAD ou en MCO

Nombre de fiches SAMU-Pallia rédigées

Nombre d'heures de formation en soins palliatifs des OG DPC par an

6. Parcours

Pourcentage de dispositifs (CLIC, MAIA, PTA, PAERPA) ayant un porteur commun

Nombre de participants aux réunions régionales de conduite du changement sur la démarche parcours (MAIA, RAP, PTSM, PCPE, dispositif ITEP...)

7. Précarité

Part de la file active des PASS sans hébergement ou en hébergement temporaire

Part des bénéficiaires CMUC n'ayant pas consulté un médecin généraliste libéral au cours de l'année

Nombre de travailleurs sociaux formés aux problématiques de santé des personnes en situation précaire

Part des femmes relevant de la CMU-C ayant bénéficié du dépistage organisé du cancer du sein sur l'année

8. Périnatalité - enfants - jeunes

Part des femmes initiant l'allaitement

Proportion de grands prématurés nés dans une maternité autre que de niveau 3 (naissances dites "out-born")

Part des pédiatres formés aux troubles neuro-développementaux

Nombre de patients hospitalisés pour une intoxication éthylique aiguë en court séjour pour 100 000 jeunes âgés de 15 à 25 ans.

File active des lieux d'accueil, écoute jeunes identifiés (PAEJ, Maisons des adolescents, autres) par territoire

Nombre de situations suivies par les "espaces de concertation" autour des adolescents et jeunes en situation complexe

9. Personnes âgées

Part du financement des conférences des financeurs relative aux actions "santé globale/bien vieillir"

Part des services dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées

Part du financement des conférences des financeurs relative aux actions "aide aux aidants"

% de MAIA ayant une feuille de route validée en instance stratégique départementale

10. Handicap

Pourcentage de personnes en situation de handicap sans solution

File active cumulée des pôles de compétences et de prestations externalisées.

Part dans l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire

Taux de scolarisation à l'école (en dehors d'une unité d'enseignement implantée en établissement) des enfants accompagnés en établissement spécialisé

Nombre de PH de plus de 20 ans en ESMS enfants

11. Addictions

Prévalence régionale du tabagisme des 18-75 ans

Pourcentage de patients vus en CSAPA adressés par la médecine de ville

Nombre de situations complexes relevant des conduites addictives accompagnées par les PTA

12. Santé mentale

Taux de patients hospitalisés pour récurrence de tentative de suicide

Nombre de projets départementaux de santé mentale validés par le DG ARS et de Contrats territoriaux de santé signés dans l'année (indicateur composite)

Nombre d'aidants de personnes vivant avec un trouble psychique sévère ayant bénéficié d'une formation

Part des établissements de santé autorisés en psychiatrie engagés dans un processus de collaboration avec des professionnels de soins primaires

13. Maladies chroniques

Nombre annuel de personnes suivies pour surcharge pondérale, obésité, pathologie cardio-vasculaire ou respiratoire, bénéficiant d'activité physique adaptée (APA)

Nombre de patients ayant bénéficié d'actions et/ou de programmes ETP dans le champ des maladies neurodégénératives

Part des cas de diabète de type 1 de l'enfant découverts lors d'une hospitalisation aux urgences pour acidocétose

Nombre de nouveaux projets d'accueil individualisés (PAI) mis en place annuellement pour les élèves ayant un trouble de santé invalidant (maladie chronique, intolérance alimentaire, allergie)

14. Cancer

Taux de couverture vaccinale contre le papillomavirus

Taux de recours aux consultations en oncogénétique (pour 100 000 habitants)

Part de patients ayant un dossier communicant en cancérologie (DCC) pour tumeur solide par rapport au nombre de fiches RCP

Part des établissements autorisés pour le traitement du cancer proposant les 4 types de soins de support identifiés par l'INCA

15. Maladies cardio-neuro-vasculaires

Nombre de patients ayant bénéficié sur l'année d'un programme ETP portant sur les MCNV

Nombre de cas présentés en RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) dédiées aux patients atteints de pathologies cardiovasculaires, en place dans la région

Taux de ré hospitalisation pour insuffisance cardiaque à 6 mois

Taux d'accès au SSR spécialisé pour affections cardiovasculaires dans les 6 mois après un séjour MCO pour insuffisance cardiaque

Taux d'appel au 15 en première intention dans la population ORBI

16. Qualité

Nombre d'établissements ciblés annuellement sur le volet additionnel du CAQES relatif à l'amélioration des pratiques

Nombre de professionnels formés sur la pertinence

Taux de couverture des établissements et structures (ES et ESMS) par une charte éthique

17. Innovation

Nombre de structures utilisatrices du SI Parcours

Nombre de structures peuplées dans le ROR

Nombre de patients disposant d'un dispositif de télésuivi médical à domicile

Nombre d'établissements hors CHU conduisant un projet de recherche

Nombre de candidatures déposés dans le cadre des appels projets "innovation" lancés par l'ARS

18. Démographie des professionnels de santé

Nombre d'actions d'information ou de communication réalisés à destination des étudiants et internes sur les conditions d'exercice en ZIP et ZAC

Part des contrats d'aide à l'installation des professionnels de santé dans les territoires fragiles démographiquement (zones d'intervention prioritaire)

19. Situations exceptionnelles

Part d'exercice impliquant les établissements de santé sur le volet AMAVI (au-delà du préhospitalier) parmi les exercices impliquant l'ARS

Part d'exercice impliquant les établissements de santé sur le volet CLIM (au-delà du préhospitalier) parmi les exercices impliquant l'ARS

20. Usager acteur en santé

Nombre de personnes touchées par les actions d'information grand public sur la promotion des droits en santé

Nombre d'établissements accompagnés sur la dynamique patients-partenaires de santé

Nombre d'aidants et de professionnels ayant assisté à une formation financée par l'ARS au cours de l'année

Nombre de représentants d'usagers ayant participé aux actions de formation annuelles organisées ou financées par l'ARS.

21. Partenariats

Taux annuel de participation globale des membres des CTS et de la CRSA aux plénières

Nombre de partenaires de l'ARS liés conventionnellement

Nombre de publications enrichissant l'observation partagée

Taux de couverture de la population par des CLS

