

E - LE PROGRAMME MÉDICAMENTS ET INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

● INTRODUCTION

La gestion des risques liés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenue d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se produise.

L'un des enjeux identifiés dans le cadre du plan stratégique régional de santé (PSRS) du projet régional de santé (PRS) est celui de la qualité et la sécurité du système de santé, qui correspond à une attente forte des usagers et des professionnels de santé bretons.

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

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

Le présent programme a donc pour finalité d'apporter une réponse à cet enjeu, en se concentrant dans un premier temps sur 2 sujets identifiés comme prioritaires :

- le médicament, dans le cadre duquel sera abordée la qualité des pratiques professionnelles liées à la prescription et la prévention des risques iatrogènes (I.) ;
- les risques infectieux associés aux soins (II).

Ces deux thématiques sont transversales à l'ensemble des schémas et répondent aux trois priorités définies par le plan stratégique régional de santé (PSRS) :

Priorité 1 : Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie

- La lutte contre les infections associées aux soins s'identifie à travers le signalement des infections nosocomiales et la dynamisation du système de veille et d'alertes sanitaires.
- Le bon usage du médicament dans la stratégie thérapeutique, notamment afin de lutter contre les résistances et préserver l'efficacité des antibiotiques

Priorité 2 : Améliorer l'accompagnement du handicap de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement

- La prévention et la lutte contre les infections associées aux soins sont des enjeux importants dans le secteur médico-social (cf. notamment la circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013)
- La problématique liée à l'iatrogénie médicamenteuse est prioritaire chez les personnes âgées

Priorité 3 : Favoriser l'accès à des soins de qualité

- La diffusion des recommandations et des bonnes pratiques, l'information et la formation des professionnels de santé et de l'information des patients, concernent à la fois la politique du médicament et la lutte contre les infections associées aux soins.

VOLET SUR LE MÉDICAMENT

Dans un rapport sur la santé dans le monde en 2010 et sur l'usage rationnel des médicaments, l'Organisation mondiale de la santé rapporte que 50 % des médicaments ne sont pas prescrits, délivrés ou vendus comme il convient et la moitié des patients ne prennent pas correctement leurs médicaments.

1. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

Le domaine du médicament est vaste : qualité des pratiques professionnelles, sécurité des produits et des organisations, performance économique, dimension éthique. Ces enjeux sont perçus différemment selon l'origine ou le périmètre d'action des acteurs et des institutions.

En effet, en France le médicament est la 1^{ère} stratégie thérapeutique. Il revêt à ce titre pour les patients une importance particulière dans la prise en charge de leurs pathologies. Il occupe aussi une position privilégiée dans la prévention, qui est clairement visible dans le cadre de la vaccination mais va au-delà, comme la prévention cardiovasculaire.

Le médicament est aussi un facteur de risque pour la santé. Ce risque peut se chiffrer et apparaître clair pour certaines populations telles les personnes âgées (iatrogénie). Il est souvent individuel mais il peut être collectif et menacer les équilibres écologiques, par exemple par une forte consommation d'antibiotiques liée ou non à la progression des différentes formes de résistances, ou encore à l'efficacité de la lutte contre les infections nosocomiales.

En terme économique, l'importance de la consommation pharmaceutique, la forte croissance de cette consommation et l'ampleur du financement induit pour l'Assurance Maladie, ont conduit les pouvoirs publics à mettre en place des dispositifs de régulation, notamment pour les molécules et les dispositifs les plus onéreux. La régionalisation des outils de régulation confère de nouvelles missions à l'ARS.

A la suite de l'affaire 'Médiateur' une large concertation a eu lieu sur la refonte du système de sécurité sanitaire des produits de santé. Deux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et le rapport de conclusion des 'Assises sur le Médicament' apportent des orientations sur les évolutions nécessaires en terme de gouvernance, de surveillance du médicament et d'information sur les produits de santé.

Le programme médicament en région Bretagne répond aux trois priorités définies par le PSRS (a, b).

Ainsi, à titre d'illustration, quelques problématiques du programme médicament concernent chacune l'un des objectifs posés dans le PSRS :

- « prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie », le médicament comme première stratégie thérapeutique et son bon usage ;
- « améliorer l'accompagnement du handicap de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement » la problématique liée à la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées ;
- « favoriser l'accès à des soins de qualité » : diffusion des recommandations et des bonnes pratiques, information et formation des professionnels et information des patients.

Le programme médicament définit trois grands objectifs :

- améliorer la qualité et la sécurité du circuit du médicament, prescription, dispensation et administration des médicaments, de sorte que les patients bénéficient de la meilleure adéquation possible à leurs besoins ;
- construire une politique régionale du médicament garante des objectifs de santé inscrits au PRS, optimisant l'emploi des ressources régionales aux objectifs thérapeutiques ;
- accompagner les professionnels de santé dans les démarches d'amélioration individuelles et collectives de bon usage et accompagner le public dans les prises de décision éclairées.

Le thème médicament est un thème transversal aux PSRS et aux différents schémas. Ainsi, un plan d'action annuel construit en concertation avec les différents acteurs régionaux et dans le respect des objectifs fixés dans le PSRS et les schémas régionaux viendra compléter ce programme.

a - Le PRS pose le cadre général dans lequel doivent s'inscrire les actions de santé déclinées aux travers de schémas et de programmes d'actions.

Le projet régional de santé (PRS) est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé (PSRS) qui définit pour 5 ans les priorités et les objectifs de l'ARS en matière de santé ;
- de 3 schémas régionaux qui déclinent ces priorités dans les domaines relevant du sanitaire (hospitalier et ambulatoire), du médico-social et de la prévention.
- de programmes, dont l'objet est de décliner les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

b – Le médicament est un produit de consommation dont l'utilisation a pour but de traiter ou de prévenir une maladie dans des conditions définies. Dans le Code de la Santé Publique, il est défini à l'article L5111-1 : « On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ».

2. DIAGNOSTIC

2.1 LE MÉDICAMENT : ASPECTS QUANTITATIFS

2.1.1 Consommation et dépenses de médicament en France et en Bretagne

En 2008, la France occupait le 4^{ème} rang en termes de dépense de produits pharmaceutiques par habitants (derrière les Etats Unis d'Amérique, le Canada et l'Irlande). Les ordonnances sont beaucoup plus systématiques en France que dans d'autres pays européens. Par comparaison, moins d'une consultation sur deux se termine en ordonnance aux Pays-Bas, contre 90 % des consultations en France (en 2005).

En ville, les dépenses de médicaments remboursées par l'Assurance Maladie représentent 17,2 milliards d'euros et ont évolué entre 2009 et 2010 de +1,4 %. La France occupe, ainsi, la 1^{ère} place européenne des pays consommateurs de médicaments (en chiffre d'affaires). Les dépenses pharmaceutiques en 2009 représentent 1,9 % du PIB. En Bretagne, les dépenses de soins de ville liées aux médicaments ont représenté 933,61M€ en 2010 (+1,15 % par rapport à 2009).

Dans les établissements de santé, les achats de médicaments inclus dans les Groupes homogènes de séjour (GHS) sont estimés à 1,5 milliard d'euros et ont connu une croissance en 2010 de l'ordre de 8 %. La réintégration de certains anticancéreux dans les forfaits explique cette croissance. Les dépenses de médicaments facturés en sus des prestations d'hospitalisations représentent 2,62 milliards d'euros et ont crû de 4,7 % en 2010.

En Bretagne, les remboursements des médicaments facturés en sus représentent environ 112,8 millions d'euros et ont crû de 0,3 % en 2010. Pour l'ensemble médicaments et dispositifs médicaux des listes en sus, les remboursements représentent environ 178 millions d'euros et après avoir connu une augmentation annuelle à 2 chiffres, l'augmentation entre 2009 et 2010 a été maîtrisée à 0,6 %.

2.1.2 Des spécificités de consommation

Le médicament peut être considéré comme un « traceur social » au travers des modes de consommation. Sans être exhaustif, quelques situations particulières illustrent une problématique qui reste celle du rapport à la consommation de médicaments.

La France reste par exemple le pays européen où la consommation de psychotropes est la plus forte.

Dans un domaine plus général, la consommation d'antibiotiques reste aussi une bonne illustration du médicament comme « traceur social ». La campagne mise en place il y a quelques années « les antibiotiques, c'est pas automatique » a permis de constater une baisse de consommation de 16 % en France. Cependant, on note depuis 2005 une légère tendance à la reprise de consommation d'antibiotique. Ainsi, si la réduction des ventes d'antibiotiques en ville, entre 1999 et 2009, est la plus importante observée en Europe, la France reste nettement au-dessus de la moyenne européenne et se classe parmi les pays présentant la plus forte consommation. Il faut donc persévérer dans les actions d'amélioration et de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques tandis que les cas de bactéries multi résistantes aux antibiothérapies se confirment chaque année davantage.

En 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16 % de la population française et 39 % de la consommation de médicaments. En moyenne la consommation journalière s'établit à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus. Elle est de 4 médicaments pour les 75-84 ans.

Une forte augmentation de la population âgée dépendante vivant à domicile génère de nouveaux besoins. Plusieurs plans (plan Alzheimer, plan maladie chronique, plan cancer), programmes (Gestion du Risque) et démarches d'évaluation (Certification V2010 de la HAS) consacrent des thèmes à la prise en charge thérapeutique de la personne âgée.

La prescription de médicaments constitue un vrai sujet de préoccupation dans les structures sanitaires et médico-sociales qui accueillent et prennent en charge les personnes âgées, exposées aux conséquences iatrogènes de multiples sources de prescriptions.

Au niveau des EHPAD, la multiplicité des intervenants libéraux, la faible maturité des démarches qualité sur le circuit du médicament génèrent des difficultés d'organisation et d'efficacité. Les EHPAD sont d'abord des lieux de vie, toutefois l'évolution du profil des résidents (augmentation du nombre de personnes dépendantes, de l'âge des résidents ainsi que de profils polypathologiques) les rapproche souvent des structures de soins. Enfin, le développement de l'éducation thérapeutique montre que la participation du patient lui-même à sa prise en charge reste un facteur essentiel de réussite des stratégies thérapeutiques, parmi lesquelles la bonne observance des traitements est un point clé, en particulier pour les pathologies chroniques.

2.2 QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

L'amélioration de la qualité des soins dans les secteurs ambulatoires, médico-sociaux ou en établissements de santé fait appel à des démarches qualité internes ou externes comme la certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé (HAS), l'évaluation des pratiques par les pairs (Groupe qualité, Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)) et les méthodes comparatives (Audit, inspections). L'observation globale de ces évaluations n'est pas formellement structurée.

Actuellement, les démarches en vue d'améliorer la sécurité des patients découlent des processus qualité de l'industrie : certification V2010 des établissements de santé, Comité de retour d'expérience (CREX), Revue d'erreur médicamenteuse (REMEDI), Revue de morbidité (RMM). Pour les produits de santé ces modèles ont été relayés et promus en Bretagne, au travers des actions régionales qualité portées par le Comité régional du médicament et des dispositifs médicaux (CRDM) notamment, "le bon usage des anti-vitamines K (AVK)" et "le management de la qualité médicamenteuse" ainsi qu'au travers de la contractualisation avec les établissements de santé sur le médicament et les dispositifs médicaux, exemple Contrat de bon usage du médicament (CBUM). L'arrêté d'avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge thérapeutique consacre une part importante à la gestion des risques liés au médicament et fixe un calendrier d'application.

L'enquête nationale sur les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins (ENEIS 2009) a permis d'estimer qu'en moyenne 4,5 % des séjours hospitaliers ont été causés par un EIG. Le nombre d'EIG survenu en cours d'hospitalisation est estimé à 1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits. La moitié des EIG sont liés aux produits de santé, principalement les médicaments et la moitié sont considérés évitables.

Le développement du concept de médecine validée par les preuves qui est vu comme un moyen de contrôler les coûts de santé pour l'Assurance Maladie, de prévenir l'hétérogénéité des pratiques médicales pour le patient et de gérer les incertitudes pour les cliniciens souffre aujourd'hui d'une absence de promotion suffisante.

La qualité des pratiques est tributaire de la diffusion d'une information indépendante, de référentiels actualisés et d'outils d'intégration de l'information actualisée et fiable dans les pratiques. Les assises sur le médicament qui se sont tenues en 2011, à la suite de l'affaire Médiateur, avaient pour but de faire des propositions sur le développement de l'information sur les produits de santé, le renforcement de la surveillance sur le médicament, l'optimisation de la gouvernance et la clarification des missions des organismes intervenant dans les produits de santé, ainsi que sur l'autorisation de mise sur le marché et l'évaluation des dispositifs médicaux. Ce rapport souligne l'importance de la diffusion de l'information indépendante et de l'intégration de celle-ci dans les pratiques des professionnels.

2.3 STRUCTURES ET OUTILS RÉGIONAUX D'OBSERVATION, DE RÉGULATION ET D'APPUI DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Plusieurs structures, pilotées ou financées par l'ARS Bretagne, assurent des missions d'observation de diffusion de référentiels et d'outils d'intégration des bonnes pratiques et d'information.

> L'OMIT Bretagne Pays de la Loire (Observatoire du Médicament et des Innovations technologiques).

Pour répondre aux dispositions de l'article D162-16 du Code de la Santé publique (CSS) relatif au suivi et à l'analyse des pratiques de prescription, à la pluridisciplinarité et au bon usage des médicaments, les régions Bretagne et Pays de Loire ont décidé de collaborer dès 2002 sous forme d'un observatoire commun des prescriptions médicamenteuses dans le champ de la cancérologie.

L'OMIT Bretagne - Pays de la Loire est ainsi né de la volonté politique commune de deux régions, avec comme objectifs :

- de favoriser la collaboration clinique et scientifique, associant prescripteurs, pharmaciens et autorités de régulation, au service d'une finalité qualitative commune,
- de mener des actions d'évaluation méthodique et scientifique de l'ensemble des prescriptions dans un champ donné.
- de diffuser une information indépendante et des outils d'intégration des recommandations de bonnes pratiques.
- de mutualiser des moyens en donnant aux praticiens des deux régions un accès à des suivis cliniques qu'ils n'auraient pu mener séparément avec la même efficacité, donnant ainsi une lisibilité indéniable à une action d'évaluation dans un contexte national, voire international, où les régions administratives françaises n'ont pas nécessairement la dimension adaptée pour mener des actions d'ampleur suffisante.

> Le Comité Régional Du Médicament et des dispositifs médicaux de Bretagne (CRDM)

Le CRDM Bretagne est complémentaire à l'OMIT il a été créé en région Bretagne afin de compléter les missions dévolues aux observatoires sur le médicament selon l'article D162-16 du CSP et qui n'étaient pas remplis par l'OMIT interrégional.

Il regroupe des professionnels de santé, pharmaciens et directeurs d'établissements de santé ayant signé un contrat de bon usage sur le médicament.

Il vient en appui à l'ARS Bretagne dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé. Il a organisé des actions de promotion du bon usage sur le médicament ou de prévention de la iatrogénie qui ont associé l'ensemble des établissements de la région signataire d'un CBUM ou non. On peut citer quelques actions par exemple : bon usage du paracétamol ; bon usage des AVK ; gestion des risques médicamenteux.

Les secteurs ambulatoire et médico-social ne sont pas aujourd'hui représentés au sein du CRDM.

> Les Centres Régionaux de PharmacoVigilance

La pharmacovigilance a pour mission de surveiller d'évaluer et de gérer le risque d'effets indésirables des médicaments et des produits à usage humain. Réservé jusqu'à maintenant aux professionnels de santé qui en ont l'obligation, la possibilité est désormais offerte aux patients de signaler les effets indésirables.

Un rapport IGAS de juin 2011 sur la pharmacovigilance, suite à l'affaire Médiator, montre que le système de pharmacovigilance n'est pas organisé pour répondre de façon suffisante aux besoins des patients et du public.

En Bretagne il existe 2 centres régionaux de pharmacovigilance qui sont localisés dans les CHU de Brest et de Rennes, dans les services de pharmacologie.

Les limites du dispositif actuel et des structures d'appui :

- La multiplicité des structures d'appui conduit à un manque de lisibilité et a une dispersion des ressources. Il y a des difficultés de vision globale partagée des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins entre ces structures.
- Certains champs d'intervention en lien avec le PRS (insuffisance rénale, maladie chronique, cardiologie, personnes âgées, etc.) sont insuffisamment appuyés par les structures existantes.
- Les outils régionaux de régulation concernent aussi bien le secteur des établissements de santé (Contrat de Bon Usage sur le Médicament ; actions de Gestion Du Risque sur les médicaments des listes en sus et sur les PHEMV), que le secteur ambulatoire (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles... (CAPI) et autres démarches de maîtrise médicalisée mises en œuvre par l'Assurance Maladie) ou le secteur médico-social avec des actions Gestion du risque (GDR). Mais ces deux derniers secteurs sont insuffisamment représentés dans les structures d'appui.

Ainsi il sera nécessaire de développer, formaliser et structurer la coopération des différentes structures.

2.4 OFFRE AMBULATOIRE ET HOSPITALIÈRE

Avec 1 156 officines de ville au 1er janvier 2011, la Bretagne affiche une densité de 36 pharmacies pour 100 000 habitants, soit une de moins que sur la France métropolitaine... Un rapport IGAS de 2010 indique que les pharmacies d'officine ont souffert d'un ralentissement du marché du médicament intervenu en 2005-2006. Ce même rapport formule des préconisations en ce qui concerne notamment l'amélioration des pratiques dans les officines et les nouveaux services qui pourraient être rendus au sein des officines en application de la loi HPST (soins de premiers recours, coopérations entre professionnels de santé, éducation thérapeutique, etc.). La redéfinition de l'organisation de la permanence des soins en cours, devrait avoir également un impact sur les officines.

La Bretagne compte 109 Pharmacies à usage intérieur (PUI) (46 PUI dans les établissements de santé publics et 63 PUI dans les établissements de santé privés). Les coopérations d'établissements de santé qui se forment au sein des territoires de santé en Bretagne conduisent à un regroupement des PUI et à de nouvelles organisations des services pharmaceutiques.

En établissement de santé, on constate le développement de démarche globale et cohérente autour du circuit du médicament en s'appuyant sur des systèmes d'information cliniques, la validation pharmaceutique, le développement des référentiels de juste prescription, des démarches d'aide à la prescription et la formalisation d'un dialogue médico-pharmaceutique.

Les débats et les réflexions coordonnées sur l'organisation et la structuration des circuits, ont désormais tendance à être mené à l'échelle des territoires et non plus de l'établissement.

Remarque : Le PRS dans son programme « Professions de santé » fait état du nombre de pharmaciens en exercice, de leur pyramide des âges ainsi que de leur mode d'exercice.

2.5 INFORMATISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

- Concernant l'orientation « accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers, » du plan hôpital 2012, en Bretagne sur les 21 projets de financement retenus, 5 sont spécifiques à l'informatisation du circuit du médicament.

- L'évaluation des rapports d'étape fournis par les établissements de santé signataires d'un contrat de bon usage sur le médicament, apporte des éléments quant à l'avancement de l'informatisation sur le circuit du médicament.

En 2011, en Bretagne, 4 423/12 842 lits et places MCO bénéficiait d'une prescription informatisée avec saisie systématique dans le service de soins. Ce chiffre est de 9 528/21 004 pour le nombre total de lits et place installés.

Sur les 53 établissements MCO, 19 ont finalisé leurs processus d'informatisation du circuit du médicament.

4 étaient seulement au stade de l'appel d'offres, 12 à l'évaluation des phases test dans les unités pilotes et 18 en phase de montée en charge réelle.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE (À 5 ANS)

3.1 GOUVERNANCE : PILOTAGE STRATÉGIQUE

Organiser et mettre en place une structure régionale de pilotage stratégique de la politique du médicament, répondant aux objectifs de l'OMEDIT (projet de décret en cours sur les OMEDIT, structure chargée de missions d'observation, d'évaluation, de diffusion d'information et de formation à destination de l'ensemble des secteurs ambulatoire, médico-social et établissements de santé est en cours de rédaction).

Cette structure participera à la définition et au pilotage du programme d'actions sur le médicament pour la région Bretagne.

Ses champs d'intervention couvriront l'hospitalier, l'ambulatoire et le médico-social.

3.2 OBSERVATOIRE RÉGIONAL

- > Créer une structure opérationnelle d'appui au pilotage stratégique de la politique du médicament.
- > Mutualiser les ressources et les coordonner pour l'ensemble des actions conduites dans le champ du médicament.
- > Définir un plan d'actions.

3.3 ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTS

3.3.1 Informer (grand public et professionnel)

3.3.2 Former (professionnel, partage d'expérience, transmission recommandations, bonnes pratiques.)

3.3.3 Evaluer

4. PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Qui et Leviers d'action	Indicateurs	Liens
Définir et mettre en place un pilotage stratégique de la politique régionale du médicament	Organiser et mettre en place un comité de pilotage régional de la politique du médicament, composé de représentants : - des gestionnaires, prescripteurs et professionnels de la pharmacie - des différents secteurs d'activité de la santé : établissements sanitaires et médico-sociaux et professionnels libéraux, - des usagers.	Mise en place de l'OMEDIT Bretagne par l'ARS	Existence d'un règlement intérieur pour l'OMEDIT	Projet de décret en cours
	Construire une méthodologie de travail et un programme d'actions régional annuel	OMEDIT, dès sa création	Existence d'un programme régional de travail sur le médicament validé.	Le programme s'inscrit aussi dans le cadre d'un maintien et si possible d'un développement, de coopération interrégionale sur le mode déjà pratiqué dans le cadre de l'OMIT Bretagne – Pays de Loire pour la cancérologie
	Mettre en place une structure opérationnelle régionale d'appui, d'expertise et d'évaluation scientifique, au sein de l'OMEDIT, au service des programmes d'actions et adapter ses moyens au développement du programme régional du médicament.	Fédérer les moyens en place dans le cadre de l'OMIT et du Comité Régional du Médicament. Y associer les compétences régionales dans le domaine de la pharmacovigilance.		OMIT
	Définir une nouvelle organisation régionale de la pharmacovigilance, selon les orientations nationales et besoins régionaux en la matière, en s'appuyant sur les compétences développées au sein des CHU bretons.	Démultiplier les démarches de pharmacovigilance en s'appuyant sur un réseau de correspondants dans les territoires bretons.	Part des établissements sanitaires ayant un correspondant en pharmacovigilance. Nombre de déclarations annuelles d'effets indésirables	

Objectifs	Actions	Qui et Leviers d'action	Indicateurs	Liens
Favoriser l'amélioration continue des pratiques professionnelles en y intégrant les référentiels de bonnes pratiques et en développant l'évaluation	Dans le cadre des programmes de travail annuels définis par l'OMEDIT : - définir, développer et coordonner des projets d'intégration des recommandations dans les pratiques à destination des professionnels, - développer l'évaluation des pratiques professionnelles et l'évaluation du bon usage du médicament (balance bénéfice risque, épidémiologie...) - élaborer et promouvoir des outils de détection des événements indésirables	Cellule opérationnelle de l'OMEDIT Recommandations HAS Mise en place d'outils informatiques adaptés à l'analyse des risques dans le champ du médicament	Nombre de projets régionaux coordonnés par l'OMEDIT.	
	Colliger les informations issues des processus d'évaluation, notamment ceux de la certification HAS et promouvoir le retour d'expériences pour l'amélioration des organisations et la sécurité des processus relatifs à la prescription et à la dispensation des médicaments.	Rapports HAS		
	Favoriser l'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé et le retour d'expérience sur les projets réalisés ou en cours		Part de lits et places en établissement de santé bénéficiant de la prescription informatisée complète	Suivi des projets H2012 portant sur l'informatisation du circuit du médicament
	Harmoniser les modalités de prescription au sein des EHPAD en s'appuyant sur le rôle réglementaire des médecins coordonnateurs			SRO médico-social
	Développer les groupes qualité dans le secteur ambulatoire, visant à promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles dans le champ du médicament, dans la pratique libérale		Nombre de groupes qualité en ambulatoire.	SROS ambulatoire Programme régional de gestion du risque
	Favoriser les protocoles de coopération impliquant les pharmaciens dans les maisons de santé, les pôles de santé et les réseaux			Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011
Favoriser le partage d'informations entre les différents secteurs d'activité, autour de l'amélioration continue des usages du médicament tout au long du parcours du patient et du décroisement ville/hôpital/médico-social.	Promouvoir le développement et l'usage du DMP ⁽¹⁾ et du DP ⁽²⁾ en région Bretagne, dans le cadre des orientations de l'espace numérique régional de santé.	GCS Télésanté Bretagne	Part des établissements de santé ayant accès au DP.	Programme Télé-médecine et systèmes d'information partagés
	Faciliter le partage de protocoles ville-hôpital-médico-social entre professionnels de santé dans le champ du médicament	Cellule opérationnelle de l'OMEDIT	Nombre de protocoles ville-hôpital-médico-social effectifs.	
	Faciliter le recueil et l'analyse des événements indésirables au moyen d'outils régionaux, notamment dans les contextes de transversalité de prise en charge ville-hôpital-médico-social.	Cellule opérationnelle OMEDIT et partenaires	Nombre d'événements indésirables liés aux médicaments recueillis régionalement.	Outils collaboratifs de l'espace numérique régional de santé (ENRS)

(1) Dossier médical personnel

(2) Dossier pharmaceutique

Objectifs	Actions	Qui et Leviers d'action	Indicateurs	Liens
Favoriser les conditions d'une information indépendante et transversale sur les politiques du médicament (nationale, régionale, acteurs...)	Promouvoir les démarches régionales d'information indépendantes à destination des structures et professionnels de santé et des patients.	. Travaux de la cellule opérationnelle OMEDIT permettant : - le partage d'informations professionnelles - des forums et méthodes collaboratives de travaux thématiques - le partage d'indicateurs régionaux sur les organisations et les pratiques professionnelles - l'information du public et des usagers - la création et maintenance d'un site internet.	Existence d'un programme d'information annuel de l'OMEDIT.	Programme de prévention des risques liés aux soins. Espace numérique régional de santé.
	Promouvoir la production et la diffusion d'informations, de méthodes et d'évaluations contribuant à l'amélioration continue des usages du médicament tout au long du parcours du patient, en ville, à l'hôpital, ou en établissement médico-social	Toutes les composantes professionnelles hospitalières, libérales et médico-sociales. Représentants des usagers.		
	Développer l'information des professionnels sur les évaluations de pratiques et évaluation du rapport bénéfice-risques réalisées dans le cadre des travaux de l'OMEDIT et impliquer l'ensemble des professionnels par une communication adaptée : diffusion de l'information sur des projets et des résultats concrets, partages d'expériences...			

VOLET SUR LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

1. LES PRINCIPES ET OBJECTIFS DU VOLET INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Le PRS pose le cadre général dans lequel doivent s'inscrire les actions de santé déclinées aux travers de schémas et de programmes d'actions.

Celui-ci prévoit dans sa composition, trois schémas (organisation des soins, organisation médico-sociale, prévention et réponses aux risques sanitaires) et des programmes d'applications qui ont pour objectif de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas.

Le programme « Infections associées aux soins » se décline dans les trois priorités définies par le PRS. Ainsi, à titre d'illustration, il est possible d'identifier dans chacune des priorités un axe de développement de la lutte contre les infections associées aux soins :

- Priorité 1 - Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie

La lutte contre les infections associées aux soins s'identifie à travers le signalement des infections nosocomiales et la dynamisation du système de veille et d'alertes sanitaires.

- Priorité 2 - Améliorer l'accompagnement du handicap de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement

La problématique posée à travers cette priorité est celle de la prévention et de la lutte contre les infections associées aux soins dans le secteur médico-social.

- Priorité 3 - Favoriser l'accès à des soins de qualité

Cette priorité se traduit dans la lutte contre les infections associées aux soins par la diffusion des recommandations et des bonnes pratiques, l'information et la formation des professionnels de santé et l'information des patients.

L'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins repose :

> Sur des structures spécifiques avec des moyens renforcés à tous les échelons :

- Au niveau de chaque établissement de santé de Bretagne :

Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou Instance en charge des mêmes attributions chargé(e) d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales ;

Ce comité s'appuie sur une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière chargée de mettre en œuvre le programme de lutte contre les infections nosocomiales.

La loi HPST précise que la politique déployée par l'établissement doit contenir un volet prévention des infections nosocomiales et impose désormais une obligation de transparence.

- Au niveau de la région Bretagne :

Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales : ARLIN à Brest ;

- Au niveau inter-régional :

Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales : C-CLIN Ouest à Rennes ;

- Au niveau national :

Haute autorité de santé et Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

> Sur un programme national pluriannuel

La prévention des infections associées aux soins doit se concevoir tout au long du parcours de soins du patient d'où l'élaboration d'un nouveau plan national stratégique de prévention des infections associées aux soins 2009 – 2013 qui intègre le nouveau programme de prévention des infections nosocomiales 2009 – 2013. Ce plan national de prévention des infections associées aux soins se décline en trois secteurs : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville.

> **Sur un réseau national de surveillance épidémiologique** coordonné par le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) piloté par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Ce réseau qui résulte d'un partenariat entre les 5 Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-Clin) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) a pour but de coordonner au niveau national la surveillance et la réponse à l'alerte en matière d'infections nosocomiales.

> **Sur un dispositif de signalement des infections nosocomiales** et de gestion des événements sentinelles et phénomènes émergents. Ce dispositif qui a montré ses preuves en matière d'alerte voit accroître constamment l'adhésion des établissements de santé même s'il persiste toujours des craintes au signalement.

2. LA PRÉVALENCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN BRETAGNE

2.1 ENJEUX

La lutte contre les infections associées aux soins engage de vrais enjeux : sécurité des soins, maîtrise des épidémies, résistance aux antibiotiques.

2.2 BILANS DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le diagnostic général peut être fait au niveau national à travers le bilan du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 ainsi que les résultats de l'enquête nationale de prévalence 2006 et au niveau régional à travers notamment les bilans d'activités du C-CLIN Ouest et de l'ARLIN Bretagne ainsi que le bilan des actions coordonnées par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) puis l'ARS Bretagne.

2.2.1 Au niveau national

Le bilan du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 apparaît globalement très positif et les objectifs initialement fixés dans ce programme ont été presque tous atteints avec toutefois deux restrictions :

- la première s'applique à l'insuffisance d'usage de la friction hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains ; il est à noter que la gestion de la grippe H1N1 a amplifié la prévention avec un usage généralisé de la friction hydro-alcoolique ce qui tend à rattraper cette insuffisance ;

- la seconde concerne la surveillance des infections du site opératoire (ISO) non encore généralisée à tous les établissements pratiquant des actes chirurgicaux ; En 2007, 84,5 % des 1 067 établissements ayant une activité chirurgicale ou obstétricale ont réalisé une surveillance des ISO.

Par ailleurs, deux aspects sont à souligner :

- le développement des structures avec en particulier l'extension de la mise en place des ARLIN va dans le sens du développement d'une expertise de proximité ;
- le signalement qui s'est fortement développé contribue de manière très importante à l'alerte, l'investigation épidémiologique et la gestion d'événements épidémiques nationaux ou régionaux.

L'enquête de prévalence 2006 coordonnée par l'InVS a permis de dégager les éléments principaux suivants :

- les trois principaux sites infectieux recensés en France en 2006 sont l'infection urinaire, la pneumopathie et l'infection du site opératoire ;
- les principaux micro-organismes isolés d'infection nosocomiale sont similaires à ceux décrits dans la précédente enquête de 2001 ou lors d'enquêtes européennes à l'exception notable de « Clostridium difficile » qui représentait en 2006 1,1 % des micro-organismes isolés d'infections nosocomiales ;
- l'analyse multivariée montre une diminution de 12 % de la prévalence de patients infectés entre 2001 et 2006 et estimée à 40 % pour les infections à Staphylococcus Aureus résistant à la méticilline (SARM) ; ces données sont concordantes au renforcement en France de la lutte contre les infections nosocomiales et les bactéries multirésistantes.
- en 2006, encore 1 patient hospitalisé sur 20 était atteint d'une infection nosocomiale. Elle est survenue dans une population particulièrement à risque, constituée surtout de patients âgés ou exposés fréquemment à des actes invasifs, ce qui justifie pleinement la poursuite des efforts engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales.

2.2.2 Au niveau régional

La prévalence des patients infectés est de 4,66 % en Bretagne lors de cette enquête de 2006 et de 4,97 % au niveau national.

La prévalence des infections est de 4,91 % en Bretagne lors de cette enquête de 2006 et de 5,38 % au niveau national.

Cette prévalence des patients infectés comme des infections avait une valeur inférieure à la moyenne nationale.

Il est à noter toutefois que la proportion de patients infectés sans facteur de risques était plus élevée en Bretagne qu'au niveau national (>1,40 % contre 1,25 % sur toute la France).

La prévalence des patients traités par antibiotiques est parmi les plus faibles observées avec une proportion de 13,9 % de patients traités par au moins un antibiotique le jour de l'enquête en Bretagne contre 15,5 % au niveau national.

La prévalence des patients infectés à SARM était de 0,33 % en Bretagne contre 0,29 % au niveau national, celle-ci étant restée toutefois relativement stable dans la région depuis 2001 alors qu'elle a diminué en France dans le même temps.

2.3 LE SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le signalement des infections nosocomiales est un dispositif d'alerte réglementaire mis en place en France en 2001 avec pour objectif de détecter des situations à risque infectieux suffisamment graves ou récurrentes pour nécessiter la mise en œuvre de mesures de prévention et de contrôle à l'échelon local, régional et national. La réglementation précise parmi les infections nosocomiales celles qui rares ou graves doivent être signalées.

L'InVS a effectué un bilan des signalements reçus au cours de l'année 2006 (du 1^{er} janvier au 31 décembre). Ce bilan indique que :

- 15,2 % des établissements ont effectué au moins un signalement en 2006 ; cette proportion est de 18,1 % en Bretagne ;
- 1 001 signalements sont parvenus aux autorités sanitaires en 2006 soit un taux de 20,7 signalements pour 10 000 lits d'hospitalisation ; 35 signalements ont été effectués en Bretagne la même année soit un taux de 13,3 signalements pour 10 000 lits d'hospitalisation ;
- Parmi tous les signalements reçus en France, 30 % (306) correspondaient à des cas groupés ; il existe par ailleurs une récurrence de certains signalements depuis 2001 (endophtalmies et aspergilloses).

Le signalement des infections nosocomiales a montré son utilité en permettant la détection d'événements infectieux émergents et la mise en œuvre de mesures de gestion adaptées. La proportion non négligeable de professionnels de santé infectés lors de certains épisodes (cas groupés de gale, de gastro-entérite, de tuberculose ou de coqueluche) incite à mieux les sensibiliser au risque nosocomial.

Même s'il existe une appropriation progressive du signalement des infections nosocomiales par les établissements de santé, la sous-déclaration reste réelle et d'importantes disparités régionales persistent.

Les motifs de non-signalement et freins invoqués lors des évaluations du dispositif sont :

- l'absence de cas à signaler ;
- le caractère insuffisamment explicite des critères de signalement ;
- la crainte pour la notoriété du service ou de l'établissement ;
- l'appréhension d'un contrôle externe ;
- une protection du déclarant incertaine ;
- une méconnaissance des objectifs du signalement.

Le signalement complète la surveillance des infections nosocomiales et contribue à l'amélioration de la qualité des soins. Le déploiement en cours de l'outil de signalement électronique « e-sin » devrait contribuer à améliorer l'ergonomie du système tout en améliorant le partage et le retour d'information entre ses différents acteurs et in fine le signalement externe.

2.4 LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

L'émergence d'entérobactéries résistantes à l'ensemble des molécules de la classe des Béta lactamines, en particulier aux carbapénèmes, est un risque de santé publique majeur.

Bien qu'encore rare en France, l'émergence des Entérobactéries productrices de carbapénéses (EPC) en France et dans le monde est toutefois préoccupante. En effet, la production de carbapénémases est souvent associée à d'autres mécanismes de résistance, rendant ces bactéries résistantes à d'autres classes d'antibiotiques, ce qui pourrait conduire à terme à des impasses thérapeutiques.

Ceci est confirmé récemment par l'identification d'une salmonelle résistante à presque tous les antibiotiques et dont l'émergence soudaine est tout à fait préoccupante.

Face à cette évolution constante de la résistance aux antibiotiques et son importance, la lutte contre ces bactéries résistantes aux antibiotiques implique de pouvoir détecter les formes émergentes le plus rapidement possible d'où l'importance du signalement, de pouvoir lutter efficacement contre la diffusion de cette résistance, d'où la nécessité de disposer d'un plan de gestion des épidémies opérationnel.

Un premier plan national a été élaboré pour préserver l'efficacité des antibiotiques couvrant la période relayée par un nouveau plan couvrant la période 2007-2010.

Il décline de multiples actions à mettre en œuvre pour préserver l'efficacité des antibiotiques et notamment :

- dans les établissements de santé : recueil de données sur la consommation des antibiotiques, surveillance de la résistance, bon usage des antibiotiques ;
- auprès des professionnels de santé : développement de la formation, mise à disposition de kits de diagnostic rapide, évaluation des prescriptions ;
- auprès du grand public : sensibilisation pour une réduction de l'usage des antibiotiques, promotion des mesures d'hygiène et de la vaccination ;
- auprès des partenaires de la santé animale : usage des antibiotiques vétérinaires, résistances bactériennes et conséquences sur la santé humaine.

Un nouveau plan en cours d'élaboration devra être décliné au niveau régional auprès notamment de l'ensemble des professionnels de santé (en ville et à l'hôpital).

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE (À 5 ANS)

3.1 CONFORTER LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

3.1.1 Tableau de bord des infections nosocomiales

Assurer le suivi du tableau de bord régional en lien avec la DGOS et l'ATIH.

Poursuivre le programme de contrôle des éléments de preuve du cahier des charges et de validation des données.

3.1.2 Infections ostéo-articulaires (IOA) complexes

Structurer la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes sur le territoire régional par l'accompagnement du centre de référence (CHU de Rennes) et du centre correspondant breton (CHU de Brest).

3.2 ETENDRE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS AUX SOINS AUX AUTRES SECTEURS MÉDICO-SOCIAL ET AMBULATOIRE

3.2.1 Sur le secteur médico-social

Mettre en place des coopérations entre établissements de santé et EHPAD

Développer la formation et la diffusion de recommandations sur le secteur médico-social

3.2.2 Sur le secteur ambulatoire

Mettre en place des actions de sensibilisation à destination des professionnels de santé libéraux

3.3 RENFORCER LA PRÉVENTION DES INFECTIONS À BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES ET LEUR DIFFUSION EXTRA-HOSPITALIÈRE ET DÉVELOPPER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Mettre en place les actions nécessaires à la prévention des infections à bactéries multi-résistantes et à leur diffusion extra-hospitalière.

Décliner au niveau régional le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques

3.4 AMÉLIORER LA PERTINENCE ET L'EXHAUSTIVITÉ DU SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Accompagner le déploiement de l'application e-sin dans les établissements de santé et structurer l'organisation régionale de l'ARS pour la réception et la gestion des signalements externes.

3.5 DISPOSER D'UN PLAN DE MAÎTRISE DES ÉPIDÉMIES LOCORÉGIONALES, ACTIVABLE DÈS LE DÉCLENCHEMENT DE L'ALERTE

Assurer un suivi des établissements de santé dans l'élaboration de leur plan local de maîtrise d'une épidémie.

Elaborer un plan régional de maîtrise d'une épidémie

Objectifs	Actions	Qui et Leviers d'action	Indicateurs et sources	Liens
Assurer le pilotage et suivi du tableau de bord des infections nosocomiales en établissement de santé	Poursuite et renforcement du programme de contrôle des éléments de preuve du cahier des charges et de validation des données	Circulaire annuelle relative au tableau de bord	Nombre annuel et répartition des établissements contrôlés	DGOS ATIH
Structurer la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes en Bretagne	Elaboration d'un avenant au CPOM Suivi du fonctionnement du centre de référence de Rennes et du centre correspondant de Brest	CPOM des deux CHU	Evolution du nombre d'IOA Evaluation de la qualité de prise en charge	DGOS ARS Pays de Loire ARS Centre
Développer la prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico-social	Accompagnement de l'ARLIN dans la mise en œuvre de coopérations entre établissements de santé et EHPAD	Programme national spécifique au secteur médico-social	Nombre de coopérations déployées Nombre de formations organisées	ARLIN
Initier la prévention des infections associées aux soins dans le secteur ambulatoire	Sensibiliser les professionnels de santé libéraux au bon usage des antibiotiques et aux règles d'hygiène	Plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville	Nombre de professionnels de santé sensibilisés et formés	Ordre des médecins URPS
Renforcer la prévention des infections à bactéries multi-résistantes et de leur diffusion extra-hospitalière	Surveiller et évaluer la consommation en antibiotiques des établissements de santé Promouvoir le bon usage des antibiotiques	Circulaire EPC Programme national pour prévenir l'efficacité des antibiotiques	Consommation d'antibiotiques par classe Evolution de la résistance aux antibiotiques	C-CLIN ARLIN OMEDIT
Améliorer la pertinence et l'exhaustivité du signalement des infections nosocomiales	Synthèse régionale des signalements en lien avec le C-CLIN Ouest Déploiement de l'application e-sin Communication à destination des établissements de santé	CVAGS et CORSSI	Nombre de signalements externes	C-CLIN InVS
Disposer d'un plan loco-régional de maîtrise d'une épidémie	Enquête de suivi des établissements de santé Inspections	Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009 - 2013 Circulaire EPC	Nombre d'établissements disposant d'un plan	DGS C-CLIN ARLIN

F - LE PROGRAMME PROFESSIONS DE SANTÉ

1. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : ENJEUX STRATÉGIQUES ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Le programme « Professions de santé » s'inscrit à part entière dans le Programme Régional de Santé de l'ARS Bretagne. Il est un outil de pilotage et vient en support des différents schémas du PRS (hospitalier, Ambulatoire, médico-social).

Ce programme doit permettre la définition des enjeux stratégiques de la gestion des ressources humaines des professions en santé en Bretagne (répartition, formation, organisation inter-professionnelle) et des plans d'actions proposés pour y répondre.

Les enjeux stratégiques retenus :

- > Permettre à l'ARS d'avoir une plus grande maîtrise de sa politique de santé par une meilleure vision prospective des ressources et des compétences installées dans les différents territoires de santé.
- > Pouvoir anticiper les évolutions démographiques par grandes catégories de professionnels de santé et agir sur les organisations.
- > Permettre à l'ARS de piloter la répartition des professionnels de santé en région en fonction des évolutions de l'offre de santé et des besoins des populations.
- > Définir les objectifs de gestion des ressources humaines et les partager avec les établissements de santé, dans le cadre du développement de la formation et de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Le champ d'action du programme regroupe donc l'ensemble des champs de compétence de l'agence régionale, c'est-à-dire la transversalité entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

2. DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

La réalisation d'un diagnostic régional, territorialisé et partagé avec les professionnels de la région devra constituer le premier objectif du plan d'actions du programme.

En effet, à ce jour, l'ARS Bretagne ne dispose que d'un diagnostic partiel, devant être affiné et homogénéisé avant d'être partagé avec les acteurs régionaux.

Ainsi, de manière générale, le SROS aborde la question de la gestion des professionnels, le plus souvent par thématique précise. Le schéma ambulatoire présente de manière plus détaillée l'état des lieux des professionnels de premier recours dans la région.

La constitution d'une base de données régionale regroupant l'ensemble des données concernant les professionnels de santé, par métier, typologie d'exercice et lieu d'exercice, âge, sexe..., permettra d'élaborer un diagnostic territorialisé et opposable aux acteurs.

3. SCHÉMA CIBLE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE L'ACTIVITÉ (À 5 ANS)

3.1. LA MISE EN ŒUVRE DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES PROFESSIONS DE SANTÉ AFIN D'AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE LA RESSOURCE EN RÉGION ET SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ

- > **La création d'un outil de suivi des métiers et compétences pour disposer d'une cartographie détaillée des ressources en région :**
L'observatoire régional des professions de santé devra permettre le suivi démographique des professionnels, par métier, type d'exercice...

L'objectif sera de disposer de manière homogène de données sur l'ensemble des professions (par spécialité, par type d'activité, etc.) et de réduire l'hétérogénéité des données disponibles.

Si l'observation des professions médicales devra être renforcée, afin de mieux articuler les données disponibles sur les médecins libéraux et les médecins salariés (exerçant dans les établissements publics et privés), l'observation des professions paramédicales et non médicales devra être approfondie en termes de suivi après le diplôme.

De façon générale, l'enjeu sera de suivre le devenir des professionnels de santé en Bretagne après leur diplôme au regard de l'identification des effectifs de professionnels en formation.

> **Partager le diagnostic régional avec les partenaires de l'ARS**

Le diagnostic régional devra être élaboré puis partagé avec les partenaires institutionnels.

Dans ce cadre, la réactivation du comité régional de l'ONDPS (observatoire national des professionnels de santé) devra permettre d'identifier un lieu de concertation et d'élaboration des politiques régionales d'appui aux professionnels de santé, avec le Conseil Régional, les facultés, les Doyens, les ordres des professions médicales et les URPS.

> **Communiquer en région sur les données disponibles et leur utilisation**

Enfin, l'ARS devra élaborer une politique de communication sur l'animation régionale d'une politique d'accompagnement des ressources humaines en région.

A titre d'exemple, la mise en place de la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) au niveau régional permet d'ores et déjà de donner davantage de visibilité aux jeunes professionnels.

3.2. PILOTER, AVEC LE CONSEIL RÉGIONAL ET LES FACULTÉS, L'ARTICULATION ENTRE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS ET LES BESOINS SUR LES TERRITOIRES DE SANTÉ POUR RENFORCER L'ADÉQUATION DE L'OFFRE AUX BESOINS

A. Les professions médicales : médecins, odontologues, pharmaciens, maïeuticiens

> **La formation initiale.**

L'agence régionale de santé souhaite développer les partenariats avec les doyens des facultés en médecine, en odontologie, en pharmacie et avec les écoles de maïeutique, afin de partager les priorités de santé du PRS et de mettre en place des dispositifs qui amélioreront l'adéquation de la formation aux besoins.

L'agence régionale souhaite, en particulier, partager avec les doyens des facultés et les instituts de formation l'objectif de favoriser à terme le travail en transversalité, en filière ou en réseau, par le partage d'une culture commune.

> **La formation des internes en médecine**

Les deux enjeux sont la régulation du nombre d'internes et l'amélioration de leur formation.

Le nombre d'internes doit s'adapter aux besoins identifiés.

Sur la base des données déjà disponibles en termes de démographie médicale et de répartition des spécialités au sein des territoires de santé, puis à l'issue du diagnostic régional partagé, l'objectif de l'agence régionale est de pouvoir identifier et accompagner les spécialités les plus fragiles, en tenant compte des différents modes d'exercice.

La régulation des postes offerts à l'internat en Bretagne s'effectue en concertation avec les doyens des facultés et le Conseil de l'Ordre des médecins. Il pourra s'appuyer sur une instance de concertation : le Comité Régional de l'Observatoire National des Professionnels de Santé, (CRONDPS).

La formation pratique et théorique des internes doit s'adapter à l'évolution des métiers.

Compte tenu de l'augmentation du numerus clausus et du besoin croissant en terrains de stage, il est nécessaire de développer les terrains de stage spécialisés dans les établissements de proximité publics ou privés et chez les médecins généralistes.

Le partenariat entre l'ARS et les départements de formation des universités devrait permettre de développer les approches organisationnelles et de santé publique dans les formations des étudiants. Les 2 départements de médecine générale, compte tenu de leur implication dans la réflexion sur l'offre de premier recours, seront les premiers concernés. L'ARS favorisera le développement des formations interprofessionnelles.

> La formation continue des professions médicales

Les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, ont le devoir déontologique de se former et d'évaluer leurs pratiques.

Ce devoir est devenu une obligation légale pour la Formation Médicale Continue (FMC) en 1996 et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en 2004.

Ces obligations sont reprises dans l'article 59 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 avec le Développement Professionnel Continu (DPC). Il « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins. »

La publication des décrets fixant précisément les modalités d'application du DPC, dont l'obligation est valable pour l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, est en attente.

La FMC est actuellement financée dans le cadre du dispositif conventionnel pour les médecins libéraux et dans le cadre statutaire pour les médecins hospitaliers publics.

L'enjeu est de s'appuyer sur l'organisation de la FMC et des EPP et à terme sur le DPC, pour diffuser et impulser les bonnes pratiques sur des priorités régionales inscrites dans le PRS.

- Mieux connaître et répertorier les organismes actuels impliqués dans la formation : Organismes de formation, Collèges, groupes qualité...
- Evaluer si possible le dispositif actuel : nombre de médecins formés, temps consacré à la formation par médecin et autres professions médicales, contenus de la formation.
- S'associer au dispositif de gouvernance qui sera mis en œuvre au niveau régional en lien avec les URPS, le conseil régional de l'ordre des médecins, les associations de formation, les collèges universitaires... L'ARS pourrait être présente dans une instance de concertation et de proposition.

Deux types de formation sont identifiés :

- Formation thématique avec diffusion des bonnes pratiques (exemples : dépistage et prise en charge précoce de l'Insuffisance Rénale Chronique, prescriptions en imagerie).
- Formation opérationnelle, inter professionnelles, à l'échelle d'un territoire de projet sur l'utilisation partagée de dispositifs innovants (exemples : plate forme « maladies chroniques », télémédecine...).

• *Les Professions Paramédicales Et Non Médicales*

> La prise en compte de l'évolution des formations

L'évolution des formations paramédicales devra être prise en compte dans l'élaboration et l'établissement des besoins de formation sur la région, ainsi que dans le cadre de l'évolution inévitable des organisations professionnelles.

Ainsi, la réingénierie des cursus d'IDE spécialisées, avec la possibilité de valider les acquis de l'expérience, aura un impact sur les organisations professionnelles.

De même, la définition des besoins de formation de cette catégorie de professionnels devra être revue, en concertation avec le Conseil Régional.

> Développer la gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC)

L'ARS Bretagne doit se doter d'une cartographie des métiers de la santé qui lui servira au niveau régional d'outil de GPMC.

L'objectif, est de pouvoir disposer à terme, de fiches métiers qui retracent :

- les effectifs globaux par territoire ;
- les bassins de vie et pyramide des âges ;
- l'évolution des emplois dans les 5 années à venir.

Cela permettra d'avoir une vision régionale de l'adéquation du besoin avec l'évolution démographique des professionnels de santé et de repérer les emplois dits sensibles et d'anticiper par la formation ou des mesures d'incitation et/ ou de fidélisation dans l'emploi et/ou la structure.

La démarche de GPMC instituée par l'ARH en 2007 puis reprise par l'ARS depuis 2010, sur la base des enveloppes du Fonds de Modernisation pour les Etablissements de santé publics et privés (FMESPP), devra être poursuivie afin d'accompagner l'évolution des métiers dans le cadre notamment des réorganisations hospitalières, de l'évolution des pratiques professionnelles et des métiers.

> Adapter les quotas de formation aux besoins sur les territoires

Sur la base du diagnostic partagé et des besoins définis avec le Conseil Régional, l'ARS pourra proposer des adaptations aux quotas de formations sur la région.

C. Les autres professions

L'ARS reprend également en région à son compte la gestion des postes de directions des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ainsi, elle est le relais du Centre National de Gestion en région et assure la gestion des mouvements sur les postes de direction d'établissement.

3.3. LA PROMOTION DE NOUVELLES MODALITÉS D'EXERCICE PROFESSIONNEL

A. Les professions médicales

L'évolution de la démographie médicale, les réorganisations hospitalières et l'évolution des métiers doivent être anticipées au maximum, afin d'éviter les situations de pénurie de l'offre de soins et les inégalités de répartition des professionnels sur le territoire régional.

Ainsi, l'exercice de la médecine sera profondément impacté, que ce soit dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, ou dans le secteur médico-social. L'ambition de l'agence régionale est de pouvoir développer des outils et leviers, à disposition des professionnels médicaux, afin de les accompagner dans le cadre de ces évolutions.

De façon transversale, l'article 51 de la loi HPST sur les coopérations entre professionnels de santé peut permettre de faire évoluer les pratiques : ainsi, face aux enjeux que représentent l'organisation de la permanence des soins et le développement de la télémédecine, la coopération entre professionnels peut être un levier pour maintenir une offre de proximité au sein des territoires.

Les autres leviers proposés, s'ils sont parfois différents, ont pour objectif commun d'améliorer la répartition de la ressource médicale en région.

En ce qui concerne l'ambulatoire, on peut notamment citer :

- les projets d'exercice regroupé (Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) notamment) ;
- les aides à l'installation et les contrats d'engagement de service public (CESP) ;
- les stages chez les praticiens.

Dans ce cadre et outre les travaux menés à propos des professions dites de premier recours, un travail a été mené sur l'offre de second recours (cf. volet 3.2 du volet ambulatoire du SROS – Favoriser l'accès aux soins de second recours et les coopérations avec le 1^{er} recours), en commençant par deux spécialités jugées prioritaires concernant la couverture des besoins et l'articulation avec l'offre de 1^{er} recours, à savoir l'ophtalmologie et la cardiologie. Ce travail a ainsi permis de déterminer les territoires démographiquement sensibles en termes d'offre dans ces spécialités (voir cartes en annexe plus loin).

Ces territoires de projet, intermédiaires entre les territoires de 1^{er} recours et les territoires de santé, ont vocation à constituer des points de repère pertinents pour organiser l'offre de second recours, concentrer les aides institutionnelles et construire les coopérations avec l'offre de 1^{er} recours.

En ce qui concerne le secteur hospitalier, on peut citer :

- le développement du dispositif des primes multi-sites pour les statuts hospitaliers publics éligibles ;
- l'encouragement à la constitution d'équipes médicales de territoires ;
- le développement de postes partagés entre plusieurs établissements (Fédérations médicales inter-hospitalières, Groupement de coopération sanitaire (GCS)...), postes financés temporairement et de façon dégressive au travers de contrats hospitaliers de territoire ;
- l'utilisation du statut d'assistant spécialiste dans les établissements de proximité au travers de postes partagés entre CHU/établissement de santé non universitaire ou CH référent et établissement hospitalier périphérique.
- le recours ciblé au statut de cliniciens hospitaliers pour le secteur hospitalier public.

Dans ce cadre, il a été considéré que l'anesthésie-réanimation présente un caractère prioritaire au regard de tensions démographiques majeures se traduisant par un fort recours à l'intérim médical.

Ainsi, à ce stade 4 sites hospitaliers sont retenus comme éligibles à l'accueil potentiel d'anesthésistes réanimateurs nouvellement diplômés et engagés dans le cadre d'un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) (liste définie en fonction du niveau de recours à l'intérim médical dans cette spécialité durant l'exercice 2013) :

- CH Fougères ;
- CHRU Brest – site de Carhaix ;
- CH Dinan ;
- CH Centre Bretagne.

B. Les professions paramédicales

Encourager les coopérations entre professionnels de santé :

L'article L.4011-1 du code de santé publique permet la délégation de tâches d'une profession médicale à une profession paramédicale.

Les protocoles de coopération peuvent devenir un véritable outil de gestion de la performance hospitalière :

- à un niveau d'efficacité de prise en charge au moins égal, le coût de l'intervention sera moins élevé ;
- l'encadrement juridique du dispositif des protocoles de coopérations permet un accès à des soins de qualité ;
- enfin, les professionnels délégués à l'activité et/ou l'acte ont une formation validée pour le faire.

Ils sont également au service des nouvelles organisations sanitaires en permettant au niveau d'un territoire de développer l'adaptation des compétences à l'évolution des besoins.

Les protocoles de coopérations ont également un impact sur les compétences des professionnels paramédicaux, ils ouvrent un champ de perspective de parcours professionnels en lien avec la réingénierie des diplômes (logique compétence permettant de prévoir des parcours professionnels ainsi que le développement d'expertises qui peuvent être au service des pratiques avancées et permettre ainsi l'adaptation des cursus de formations initiales).

Le dispositif de coopération sera en lien étroit avec la réingénierie des formations puisque la Haute autorité de santé (HAS) (article L4011-2) peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national et que ces protocoles de coopération étendus sont ensuite intégrés à la formation initiale ou au DPC.

L'ensemble des acteurs de santé concernés seront associés à l'élaboration des protocoles de coopération entre professionnels de santé prévus à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique.

ANNEXE : MÉTHODE DE QUALIFICATION DES TERRITOIRES DE PROJET SELON LEUR NIVEAU DE DOTATION EN OFFRE DE CARDIOLOGIE ET OPHTALMOLOGIE, ET CARTOGRAPHIES

I. LES DONNÉES UTILISÉES

Les données de recensement des médecins spécialistes libéraux installés sont issues du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2014. L'ensemble des activités de ces médecins a été pris en compte. Seuls les médecins installés en libéral sont retenus dans l'analyse, ce qui exclu les médecins n'exerçant qu'au titre de remplaçant.

Les données de population correspondent à celles du recensement de la population municipale au 1^{er} janvier 2011 réalisé l'INSEE.

II. LES INDICATEURS RETENUS

A l'échelle des territoires de projet, la qualification des territoires s'est basée sur l'appréciation du niveau actuel de l'offre de soins de médecins spécialistes libéraux et de son évolution sur les prochaines années, à travers les indicateurs suivants :

- La densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein) pour 100 000 habitants
- La densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein), en excluant les médecins de 60 ans et plus, pour 100 000 habitants.

La notion d'équivalent temps plein a été évaluée sur la base de la multiplication ou non des modes d'exercice (libéral/mixte) et des lieux d'activité (cabinet secondaire) des professionnels, à défaut de posséder de données d'activité fine par lieu et nature d'activité des médecins. Ainsi, le calcul de l'Equivalent Temps Plein (ETP) est estimé à partir de l'ensemble des activités déclarées par le médecin dans le RPPS. Ce calcul prend pour hypothèse que l'ensemble des médecins travaille à temps plein et que le médecin réalise un temps de travail équivalent entre ces différents sites d'activité. Le temps ETP du médecin est, ainsi, réparti entre ses différents sites d'activité (voir le tableau ci-dessous par des exemples) (1/nombre d'activités).

DÉFINITION DES EQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP) DES MÉDECINS AU VU DE 3 EXEMPLES

Exemple	Médecin	Répartition de son activité	ETP	ETP libéral
1	1 médecin avec un lieu d'activité	Site 1 : Activité libérale	1	1
2	1 médecin avec 2 lieux d'activité	Site 1 : Activité libérale	0,5	0,5
		Site 2 : Activité libérale	0,5	0,5
3	1 médecin avec 3 lieux d'activité, activité mixte	Site 1 : Activité salariée	0,33	-
		Site 2 : Activité libérale	0,33	0,33
		Site 3 : Activité libérale	0,33	0,33

III. MÉTHODE DE QUALIFICATION DES TERRITOIRES SELON LEUR NIVEAU DE DOTATION EN OFFRE DE SOINS

L'analyse combinée de ces deux indicateurs a permis de qualifier l'ensemble des territoires de projet de la région en fonction de leur niveau de dotation en offre de soins de médecins spécialistes, à savoir :

- **les territoires prioritaires**, présentant un niveau d'offre de soins très défavorable et/ou une dégradation très importante de l'offre de soins à court terme.
- **les territoires fragiles**, où l'offre de soins actuelle est défavorable, et dont les perspectives démographiques à court ou moyen terme laissent présager une dégradation de l'offre de soins sur le territoire.
- **les territoires intermédiaires**, où l'offre de soins est jugée satisfaisante actuellement, et dont les perspectives de départs dans les prochaines années ne devraient pas engendrer de tension majeure sur l'offre ;

METHODE DE CALCUL**1.TERRITOIRES PRIORITAIRES :**

- Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein) du territoire de projet inférieure de 50 % de la valeur régionale

OU

- Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein) du territoire de projet inférieure de 50 % à 30 % de la valeur régionale

ET

Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein), en excluant les médecins de 60 ans et plus, du territoire de projet inférieure de 50 % de la valeur régionale

2.TERRITOIRES FRAGILES

- Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein) du territoire de projet inférieure de 50 % à 30 % de la valeur régionale

OU

- Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein) du territoire de projet qui n'est pas inférieur de 30 % de la valeur régionale

ET

Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein), en excluant les médecins de 60 ans et plus, du territoire de projet inférieure de 50 % de la valeur régionale

3.TERRITOIRES INTERMÉDIAIRES

- Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein) du territoire de projet qui n'est pas inférieur de 30 % de la valeur régionale

ET

Densité des médecins spécialistes libéraux (en Equivalent Temps Plein), en excluant les médecins de 60 ans et plus, du territoire de projet qui n'est pas inférieure de 50 % de la valeur régionale.

IV. RÉSULTATS DES CIBLAGES**4.1 LA CARDIOLOGIE**

Sur la base de la méthode proposée, le niveau de dotation des territoires de projet en cardiologues libéraux en Bretagne se décompose de la manière suivante :

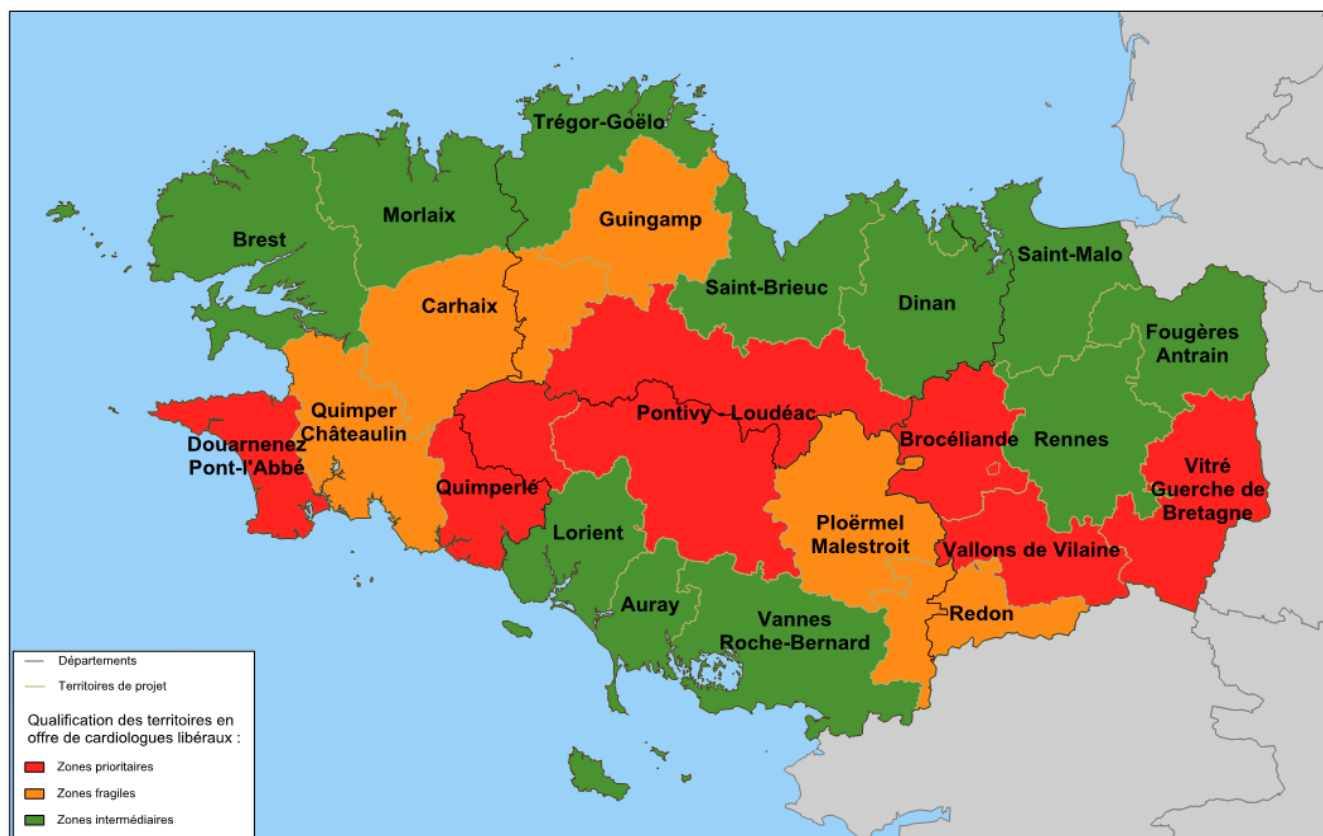
- 6 territoires prioritaires
- 5 territoires fragiles
- 11 territoires intermédiaires

Territoire de projet	Densité	Densité ETP	Densité ETP sans PS >= 60 ans	Qualification Zonage
Vallons de Vilaine		0	0	Prioritaire
Vitré - Guerche de Bretagne	2	1	1	Prioritaire
Quimperlé	2,7	2	0,7	Prioritaire
Brocéliande	3	2	2	Prioritaire
Pontivy - Loudéac	3,1	2,1	0,7	Prioritaire
Guingamp	2,5	2,5	2,5	Fragile
Redon	3,3	2,5	2,5	Fragile

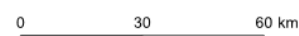
Territoire de projet	Densité	Densité ETP	Densité ETP sans PS >= 60 ans	Qualification Zonage
Douarnenez - Pont-l'Abbé	4,4	2,6	1,5	Prioritaire
Carhaix	3,6	2,7	2,7	Fragile
Ploërmel - Malestroit	4,3	2,8	2,8	Fragile
Dinan	4,6	3,3	2,6	Intermédiaire
Quimper - Châteaulin	5,3	3,4	1,6	Fragile
Morlaix	5,4	3,6	1,9	Intermédiaire
Vannes - Roche-Bernard	4,7	3,7	2,8	Intermédiaire
Trégor-Goëlo	5,8	3,7	3,1	Intermédiaire
Auray	4,5	4	2,8	Intermédiaire
Saint-Malo	6,7	4,2	2,7	Intermédiaire
Brest	5,9	5,3	4,3	Intermédiaire
Lorient	7	5,6	4,6	Intermédiaire
Rennes 1	8,7	6	4,9	Intermédiaire
Saint-Brieuc	8,9	6,5	5,5	Intermédiaire
Fougères - Antrain	16,7	8,9	8,9	Intermédiaire
BRETAGNE	5,5	4,2	3,3	



Qualification de l'offre de cardiologues libéraux en Bretagne - Mars 2015



Source : ARS Bretagne,
 Réalisation ARS Bretagne, Mars 2015
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique



4.2 L'OPHTALMOLOGIE

Sur la base de la méthode proposée, le niveau de dotation des territoires de projet en ophtalmologues libéraux en Bretagne (cf. annexe 4) se décompose de la manière suivante :

- 6 territoires prioritaires
- 1 territoire fragile
- 14 territoires intermédiaires

Territoire de projet	Densité	Densité ETP	Densité ETP sans PS >= 60 ans	Qualification Zonage
Carhaix	1,8	0,9	0	Prioritaire
Vallons de Vilaine	1,5	1,5	1,5	Prioritaire
Ploërmel - Malestroit	2,8	2,1	2,1	Prioritaire
Redon	5	2,3	0,7	Prioritaire
Fougères - Antrain	4,8	3	1,2	Prioritaire
Quimperlé	5,4	3,6	1,8	Prioritaire
Pontivy - Loudéac	4,3	3,8	3,2	Fragile
Auray	6,8	4,4	4,4	Intermédiaire
Guingamp	5	5	3,8	Intermédiaire
Morlaix	6,2	5,4	3,9	Intermédiaire
Saint-Brieuc	7,4	5,4	4,4	Intermédiaire
Trégor-Goëlo	5,8	5,4	4,2	Intermédiaire
Douarnenez - Pont-l'Abbé	7,7	5,5	3,9	Intermédiaire
Vitré - Guerche de Bretagne	12,7	5,5	4,2	Intermédiaire
Dinan	7,4	5,7	5,7	Intermédiaire
Brocéliande	10,6	5,8	5,1	Intermédiaire
Brest	6,4	5,9	4,5	Intermédiaire
Saint-Malo	9,1	6,8	6,8	Intermédiaire
Lorient	8,3	7,5	5,9	Intermédiaire
Vannes - Roche-Bernard	9,8	8,3	7,8	Intermédiaire
Rennes 1	10,1	8,4	5,4	Intermédiaire
Quimper - Châteaulin	10	8,9	5,9	Intermédiaire
BRETAGNE	6,7	6,1	4,6	Intermédiaire

	< 50 % valeur régionale
	< 30 % valeur régionale

Qualification de l'offre d'ophtalmologues libéraux en Bretagne - Mars 2015



Source : ARS Bretagne,
Réalisation ARS Bretagne, Mars 2015
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 30 60 km

G - LE PROGRAMME RÉGIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT 2011-2015

Le PRSE est un des programmes constituant le projet régional de santé. Il est porté conjointement par la préfecture de région, le conseil régional et l'agence régionale de santé. Instauré par la loi de santé publique du 9 août 2004, puis conforté par le Grenelle de l'environnement, le PRSE constitue le document de référence, partagé par l'ensemble des acteurs et de la population, sur les priorités relatives aux relations entre la santé et l'environnement en Bretagne, à décliner au plus près des territoires de la région. C'est par ailleurs un outil essentiel pour répondre aux enjeux de préservation de la santé environnementale, ainsi qu'aux préoccupations de la population bretonne. Enfin, par l'intégration des aspects de qualité de vie et de renforcement de la capacité d'action des personnes, le PRSE est profondément ancré dans la promotion de la santé.

Il comporte 12 objectifs déclinés en 37 actions :

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

Le PRSE fait l'objet d'une fiche intégrée au schéma de prévention. L'intégralité du document, son état des lieux et les différentes contributions sont par ailleurs téléchargeables à l'adresse suivante : <http://www.prse-bretagne.fr>.

H - LE PROGRAMME RÉGIONAL SANTÉ AU TRAVAIL EN BRETAGNE (2010-2014)

L'ARS Bretagne souhaite accompagner et soutenir les actions de prévention menées dans le cadre du Plan Régional Santé au Travail en Bretagne (PRST) par la DIRECCTE et les organismes de sécurité sociale (CARSAT, MSA, etc.). A cette fin et en accord avec la DIRECCTE, elle a souhaité faire référence au PRST au sein du Projet Régional de Santé.

La réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles (troubles musculo-squelettiques), la prévention des risques professionnels et de l'usure au travail, sont autant d'actions à conduire pour le développement de la santé, du bien-être au travail et de l'amélioration des conditions de travail.

Le Plan Régional de Santé au Travail constitue, pour la période 2010-2014, un engagement fort des pouvoirs publics, des organismes de prévention, des partenaires sociaux, des entreprises et des travailleurs pour un enjeu partagé : améliorer les conditions de travail tout au long de la vie.

4 axes majeurs constituent l'ossature du Plan Régional de Santé au Travail :

1. Améliorer la connaissance en santé au travail
2. Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels
3. Encourager les démarches de prévention des risques professionnels dans les entreprises, notamment dans les PME et TPE
4. Piloter le PRST, communiquer, développer et diversifier les outils pour une effectivité du droit.

<http://www.bretagne.direccte.gouv.fr/Le-plan-regional-Sante-Travail-en.html>

I - LES PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

PRÉAMBULE

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHÉ

Les programmes territoriaux de santé (PTS) ont été co-élaborés par les conférences de territoire et l'ARS Bretagne. Les huit PTS sont intégrés dans leur version intégrale signée en mars 2013. Ils actent les orientations sur lesquelles s'engagent les territoires pour décliner le PRS.

OBJECTIFS

Les programmes territoriaux de santé sont une déclinaison du projet régional de santé à l'échelle du territoire de santé. Chaque programme a vocation à répondre aux priorités de santé identifiées sur son territoire. Il a été abordé par la conférence de territoire, en lien avec la Délégation territoriale de l'ARS.

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

Ils ont par conséquent pour objectifs de :

- Programmer de manière transversale et territorialisée les actions à conduire pour atteindre la cible fixée dans les schémas et programmes thématiques
- Mobiliser les acteurs locaux de santé
- Pendre appui sur les démarches locales existantes (les ateliers santé ville (ASV), le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), les animations territoriales de santé mises en œuvre par les Pays, etc.) et les acteurs locaux volontaires pour travailler sur les enjeux prioritaires du territoire
- Associer les instances de la démocratie sanitaire à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé

THÉMATIQUES COMPOSANT LES PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

Chacun de ces programmes a obligatoirement traité d'un certain nombre de thématiques, jugées structurantes pour l'organisation du système de santé. En fonction des particularismes et des priorités de santé identifiés sur les territoires, des thématiques complémentaires peuvent également venir enrichir ces programmes.

Les sept thématiques suivantes sont donc traitées dans chaque PTS :

- La prévention et la prise en charge des conduites addictives

Il s'agit de présenter l'offre existante en matière de prévention et de prise en charge des conduites addictives et de confronter celle-ci aux besoins identifiés sur le territoire.

Si les besoins ne sont pas couverts, le programme prévoit le plan d'actions à mettre en œuvre pour y répondre : développement de l'offre (dans le respect des enveloppes financières disponibles), articulation et coordination des divers acteurs intervenant dans le parcours de santé du patient afin d'assurer à ce dernier une prise en charge globale et continue, etc.

- La prise en charge des personnes âgées (dont la mise en œuvre des filières gériatriques et gérontologiques)

Il s'agit de présenter l'offre existante en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées (filiales gériatriques et gérontologiques, établissements et services sociaux et médico-sociaux, actions de prévention à destination des seniors, etc.) et de confronter celle-ci aux besoins identifiés sur le territoire.

Si les besoins ne sont pas couverts, le programme prévoit le plan d'actions à mettre en œuvre pour y répondre : développement de l'offre (dans le respect des enveloppes financières disponibles), articulation et coordination des divers acteurs intervenant dans le parcours de santé et de vie du patient afin d'assurer à ce dernier une prise en charge globale et continue, etc.

- La mise en œuvre d'une permanence des soins, articulée entre la ville et l'hôpital

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

Il s'agit de présenter l'existant en la matière et l'évolution prévue pour répondre aux besoins identifiés, conformément au schéma régional de l'organisation des soins (SROS).

- L'organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé

Il s'agit de présenter l'existant en la matière et l'évolution prévue pour répondre aux besoins identifiés, conformément aux préconisations contenues dans l'annexe du SROS intitulée « schéma de permanence des soins en établissement de santé ».

- Le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés

Les modes d'exercice collectifs et coordonnés dans le cadre de maisons de santé, de pôles de santé, ou de centres de santé, sont encouragés dans la mesure où ils permettent, d'une part, une prise en charge globale et coordonnée du patient, à proximité de son domicile, et, d'autre part, d'améliorer l'attractivité des conditions de travail des professionnels de santé.

Il s'agit donc de présenter l'offre existante en la matière, ainsi que les projets en cours, voire les projets à susciter, nécessitant un accompagnement.

- La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale (gradation de l'offre) en chirurgie, en obstétrique et en imagerie

La gradation des prises en charge consiste à identifier le parcours et le mode de prise en charge le plus adéquat pour le patient. Elle se traduit par la définition d'un maillage territorial associant les différents acteurs de la prise en charge et de complémentarités entre les établissements de santé publics et/ou privés.

Il s'agit de présenter l'existant en matière de chirurgie, d'obstétrique et d'imagerie, ainsi que l'évolution prévue pour répondre aux besoins identifiés, conformément au SROS.

- Le développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de la santé

L'un des enjeux des PTS étant la fluidification du parcours de santé du patient, cet axe a pour but de présenter les « outils » y concourant : les réseaux de santé, les communautés hospitalières de territoire (CHT), les groupements de coopération sanitaire (GCS), les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), l'animation territoriale de santé au niveau des Pays, etc.

Il s'agit donc de présenter l'offre existante en la matière, ainsi que les projets en cours, voire les projets à susciter, nécessitant un accompagnement.