

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE 7

● THÉMATIQUE N°8. LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

PRÉAMBULE

Les personnes souffrant d'un handicap physique, moteur, mental, psychique ou sensoriel (visuel ou auditif) représentent environ 10 % de la population française, soit 6 millions d'individus.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une définition du handicap: « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

La Conférence de Territoire 7 s'est saisie de cette thématique forte du Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 et du Schéma Départemental d'orientation médico-social « Construire une société ouverte aux différences » du Conseil Général des Côtes d'Armor.

Dans le cadre de son Programme Territorial de Santé et compte tenu des nouveaux enjeux issus, entre autres, de la loi susmentionnée du 11 février 2005, la Conférence de Territoire 7 a souhaité que la thématique du handicap fasse l'objet d'un diagnostic approfondi afin qu'émergent de nouvelles propositions d'orientations à l'échelle territoriale.

Tout au long de ses travaux, la Conférence de Territoire a rappelé 2 principes clés :

- toutes les réflexions menées dans le cadre du Programme Territorial de Santé doivent concerner tous les âges de la vie et tous types de handicap. Aucun ne saurait être mis de côté, même s'il n'est pas visible ;
- un taux d'équipement (dans les Côtes d'Armor) supérieur à la moyenne bretonne ne signifie pas forcément un taux d'équipement suffisant pour couvrir les besoins de la population du Territoire 7.



I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

QUELQUES DONNÉES DE CONTEXTE

- Les personnes en situation de handicap dans le département des Côtes d'Armor

Près de 7 % des costarmoricains bénéficient d'une compensation au titre du handicap.

Nombre de personnes ayant un droit MDPH en cours au 31/12/2011

TRANCHE D'ÂGE	FEMMES	HOMMES	TOTAL	POURCENTAGE PAR RAPPORT À LA « POPULATION MDPH »	POURCENTAGE PAR RAPPORT À LA POPULATION COSTARMORICAINE
0-19 ans	1 166	2 420	3 586	8,7 %	2,6 %
20-39 ans	2 375	3 503	5 878	14,3 %	4,7 %
40-59 ans	7 587	8 469	16 056	39,2 %	10 %
60-74 ans	3 366	3 452	6 918	16,9 %	6,9 %
+ de 75 ans	4 536	4 009	8 545	20,9 %	12,6 %
TOTAL	19 030 Soit 6,2 % de la population féminine des côtes d'Armor	21 853 Soit 7,7 % de la population masculine des côtes d'Armor	40 883		6,9 %

Source : Rapport d'activité 2011 – MDPH Côtes d'Armor

Nombre de demandes par nature de compensation sur l'année 2011

NATURE DES DEMANDES	NOMBRE DE DEMANDES	ÉVOLUTION 2010/2011
Demands liées à la scolarité	11 449	+12,3 %
Dont demandes d'orientations scolaires	401	+6,9 %
Dont demandes de matériel pédagogique	211	-4,1 %
Dont demandes d'Auxiliaires de vie scolaires	837	+20,4 %
Demands liées à l'insertion professionnelle	5 452	+1 %
Dont reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	3 380	+3,9 %
Dont demandes d'orientation professionnelle	2 072	-4,6 %
Demands de Cartes	7 571	+6,2 %
Dont demandes de personnes adultes	6 875	+7,4 %
Dont demandes pour les enfants	696	-3,6 %
Demands d'orientation médico-sociale	1 930	+1 %
Dont demandes d'orientation vers un établissement adulte	436	+18,8 %
Dont demandes d'orientation vers un SAVS/SAMSAH	589	+13,9 %
Dont demandes d'orientation vers un établissement enfant	390	-11,8 %
Dont demandes d'orientation vers un service enfant	515	-12,3 %
Demands d'allocations	7 731	+4,4 %
Dont demandes de ressources de substitution	4 416	+5,29 %
Dont les demandes d'AAH	3 030	+5,29 %
Dont les demandes de CPR	1 386	+5,29 %
Dont AEEH	1 263	+1,9 %
Dont PCH	1 924	+9,8 %
Dont ACTP/ACFP	128	-49 %

* Certaines demandes ne sont pas listées (notamment les aménagements d'examen, les avis de transport)

Source : Rapport d'activité 2011 - MDPH Côtes d'Armor

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

Les chiffres présentés ici constituent les indicateurs principaux des demandes instruites par la MPDH et ayant abouti à l'ouverture de droits sur l'ensemble du territoire costarmoricain. Ils ne présentent, ni les demandes administrativement irrecevables, ni celles qui ont fait l'objet d'un rejet par la CDDAH.

Il est important de souligner que ces données statistiques n'offrent qu'un reflet partiel de la réalité des parcours de vie des personnes en situation de handicap et/ou de leur famille. En effet, il existe une part de la population qui, pour diverses raisons, ne formule aucune demande auprès de la MDPH :

- ignorance et/ou méconnaissance des droits (exemple : troubles de santé invalidant) ;
- refus et/ou impossibilité de se projeter dans une reconnaissance de situation de handicap (exemple : situation de handicap psychique) ;
- renoncement à la demande faute de dispositifs adaptés (exemple : autisme) ;
- non-sollicitation par « choix » (exemple : reconnaissance Travailleur Handicapé).

• Focus sur les amendements Creton

En 2012, l'ARS Bretagne a actualisé le recensement des jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants : au 31/12/2011, 437 jeunes étaient ainsi comptabilisés contre 392 en 2010 et 377 en 2009, soit une progression constante de ces situations.

48 établissements étaient concernés par ces situations, soit 31 % de l'ensemble des établissements pour enfants en situation de handicap en Bretagne.

Sources : CREAI Bretagne – ARS Bretagne

Nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus dans des établissements pour enfants

	2009	2010	2011
Côtes d'Armor	93	80	81
Bretagne	377	392	437

Sources : CREAI Bretagne – ARS Bretagne

OFFRE SUR LE TERRITOIRE 7

Il n'existe pas de données par territoire de santé. La Conférence de Territoire a donc appuyé ses travaux sur les données départementales présentées ci-dessous.

Lits ou places installés au 1^{er} janvier 2011 par catégorie d'établissement

• Accueil des adultes en situation de handicap

CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT		CÔTES D'ARMOR	BRETAGNE	FRANCE MÉTROPOLITAINE
ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT				
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	Nombre d'étab.	9	23	551
	Nombre de lits	385	1 090	22 815
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	Nombre d'étab.	8	64	684
	Nombre de lits	232	1 385	18 863
	Dont nombre de places en accueil de jour	35	297	11 754
Foyer d'hébergement¹	Nombre d'étab.	8	69	1 192
	Nombre de lits	246	2 365	39 990
Foyer polyvalent	Nombre d'étab.	0	1	96
	Nombre de lits	0	23	3 900
ÉTABLISSEMENTS DE TRAVAIL PROTÉGÉ				
ESAT	Nombre d'étab.	13	83	1 322
	Nombre de places	1 150	6 241	112 612

CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT		CÔTES D'ARMOR	BRETAGNE	FRANCE MÉTROPOLITAINE
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE				
	Nombre d'étab.	2	8	125
	Nombre de places	43	391	10 892
SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP				
(SSIAD + SPASAD – Soins Infirmiers)	Nombre de places ²	67	309	5 497
SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP				
(SAVS et SAMSAH)	Nombre de places	851	3 140	39 294

¹ Y compris les foyers polyvalents

² Ne sont comptabilisées que les places de la clientèle adulte en situation de handicap

Sources : DREES – ARS – FINESS

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2011 par catégorie d'établissement : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans

TAUX D'ÉQUIPEMENT	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés (tout hébergement) ¹	4,6	4,7	5,5	4,2	4,0	3,9
Dont :						
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	0,7	1,4	0,4	0,6	0,6	0,7
Taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	0,8	0,8	1,0	0,6	1,0	0,6
Taux d'équipement en foyer de vie	1,6	1,7	1,6	1,8	1,3	1,4
Taux d'équipement en Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	3,8	4,1	3,8	3,8	3,8	3,4

¹ MAS + FAM + Foyers de vie + Foyers d'hébergement + Foyers polyvalents (pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans)

Sources : DREES – ARS – FINESS

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE 7

• Accueil enfance et jeunesse en situation de handicap

Nombre d'établissements et de services et

Places par catégorie d'établissements et de services au 1er janvier 2011

	CÔTES D'ARMOR	BRETAGNE	FRANCE MÉTROPOLITAINE
INSTITUTS MÉDICO-ÉDUCATIFS (IME)			
Nombre d'établissements	9	47	1 122
Nombre de places	616	3 169	66 749
ÉTABLISSEMENTS ENFANTS ET ADOLESCENTS POLYHANDICAPÉS			
Nombre d'établissements	4	11	183
Nombre de places	72	234	5 270
INSTITUTS THÉRAPEUTIQUES, ÉDUCATIFS ET PÉDAGOGIQUES (ITEP)			
Nombre d'établissements	1	13	369
Nombre de places	45	514	14 820
ÉTABLISSEMENTS POUR DÉFICIENTS MOTEURS (IEM)			
Nombre d'établissements	1	6	129
Nombre de places	40	224	7 324
ÉTABLISSEMENTS POUR DÉFICIENTS SENSORIELS			
Nombre d'établissements	2	8	111
Nombre de places	123	398	7 167
SESSAD¹ (SERVICE D'ÉDUCATION ET DE SOINS SPÉCIALISÉS A DOMICILE)			
Nombre de services	15	77	1 482
Nombre de places	512	2 320	40 408

La notion de places recouvre les lits en internat et les places en accueil de jour

Champ : établissements principaux

1 y compris structures externes

Sources : DREES – ARS – FINESS

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2011 enfance et jeunesse en situation de handicap

	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
TAUX D'ÉQUIPEMENT GLOBAL EN ÉTABLISSEMENTS POUR ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP (HORS SESSAD)						
Pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans	5,9	6,5	5,7	5,9	5,7	6,6
TAUX D'ÉQUIPEMENT GLOBAL EN SESSAD						
Pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans	3,0	3,7	2,8	3,0	2,8	2,6

Sources : DREES – ARS – FINESS

Places installées au 1^{er} janvier 2011 par catégorie de clientèle en établissement spécialisé

DÉFICIENCES	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE MÉTROPOLITAINE
Déficients intellectuels	2 907	573	871	900	563	58 794
Polyhandicapés	300	75	73	89	63	7 686
Déficients psychiques	434	45	105	193	91	16 162
Déficients moteurs	209	40	52	67	50	7 118
Déficients sensoriels	398	123	18	180	77	7 072
Autres déficiences ¹	303	54	84	61	104	4 896

Maladies invalidantes de longue durée, épilepsies, troubles psychologiques...

Champ : établissements principaux

Sources : DREES – ARS – FINESS

• Allocations et prestations aux personnes handicapées

ALLOCATAIRES	CÔTES D'ARMOR	BRETAGNE	FRANCE MÉTROPOLITAINE
ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ			
Nombre d'allocataires au 31.12.2010	9 957	48 180	884 839
Allocataires de l'AAH / 1 000 personnes de 20 à 64 ans ¹	30,9	26,5	24,1
PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH) & ALLOCATION COMPENSATRICE POUR TIERCE PERSONNE (ACTP)			
Nombre d'allocataires PCH + ACTP au 31.12.2009	2 305	10 473	211 962
Nombre d'allocataires PCH + ACTP sur la population générale	3,9	3,2	3,4

¹ Indicateurs sociaux départementaux
Sources : CNAF – CCMSA – DREES

SYNTHÈSE ATOUTS/FAIBLESSES DE L'OFFRE POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN BRETAGNE

FAIBLESSES - CONTRAINTES	ATOUTS - AVANTAGES
<ul style="list-style-type: none"> • Un vieillissement de la population en situation de handicap (peu de solutions spécifiques pour cette population). • Un manque de fluidité des parcours au sein du champ médico-social et en transversalité médico-social/sanitaire et social (notamment pour les personnes en situation de handicap psychique). • Un manque d'informations sur l'observation de cette population et de ses besoins. • Une coopération informelle et ponctuelle avec l'Education Nationale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une politique volontariste des Conseils Généraux dans l'accueil et la prise en charge des populations en situation de handicap. • Une dynamique associative importante en Bretagne.

Source : Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016

POINTS D'EFFORT IDENTIFIÉS ET PARTAGÉS SUR LE TERRITOIRE

• Des besoins réels difficiles à estimer à l'échelle du Territoire

Comme démontré dans le diagnostic, seules des données quantitatives relatives à l'offre médico-sociale sont disponibles à l'échelle départementale.

Nombre de données manquantes ne permettent pas un diagnostic plus précis :

- insuffisance de données sur le nombre de personnes en situation de handicap et leurs déficiences ;
- insuffisance de données quant aux listes d'attente/places vacantes/fluidité au sein des ESMS ;
- absence de données précises sur les populations prises en charge dans les établissements et services médico-sociaux ;
- absence de données fiables sur les besoins et parcours des personnes ;
- déficit de données précises sur les prises en charge au long cours à l'hôpital ;
- absence de données territorialisées.

Il est donc crucial pour la Conférence de Territoire d'avoir une meilleure connaissance quantitative et qualitative des besoins non satisfaits sur le territoire et de disposer d'informations précises sur les listes d'attente vers les structures médico-sociales pour enfants et adultes, pour mieux orienter les personnes, éviter les orientations par défaut, les situations de rupture de parcours et s'assurer de la bonne adéquation entre l'offre et la demande.

• La bientraitance

La personne en situation de handicap nécessite une prise en charge et un accompagnement spécifiques et adaptés, exigeant savoirs, savoir-être et savoir-faire. Cette affirmation est décuplée lors de situations inhabituelles et stressantes telles que la venue dans les services d'Urgence ou lors d'une hospitalisation.

Afin de promouvoir la bientraitance des patients en situation de handicap, de faciliter le travail des soignants, de s'assurer de l'appropriation de bonnes pratiques, un travail concerté et partagé entre les champs du sanitaire et du médico-social doit être mené.

• La fluidité des parcours de vie et de santé de la personne en situation de handicap

3 éléments particulièrement défavorables ont été identifiés par le groupe de travail :

- les difficultés d'accès aux soins, notamment préventifs, qui ont un impact très négatif sur l'état de santé général des personnes en situation de handicap ;
- les ruptures dans les parcours d'accompagnement des personnes en situation de handicap, celles-ci étant trop souvent synonymes de dégradation de la situation générale de la personne ;
- la méconnaissance des professionnels sur les dispositifs et ressources existantes, tant en milieu ordinaire que protégé, sur le Territoire 7.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Forte de ce constat, la Conférence de Territoire a identifié 4 enjeux à mettre en œuvre prioritairement dans son Programme Territorial de Santé :

- bénéficier d'une vision claire des besoins et des moyens existants sur le territoire ;
- fluidifier les parcours de vie et de soins de la personne en situation de handicap ;
- privilégier le maintien de l'autonomie grâce à un accès facilité aux soins, notamment préventifs ;
- promouvoir la bientraitance.

Le groupe de travail a toujours placé la personne en situation de handicap au cœur de ses réflexions, pour un accompagnement et une prise en charge respectueuse de sa singularité.

Ce travail, mené par des acteurs représentant les différents champs (associatif, médico-social, social, sanitaire, institutionnel), a permis de faire émerger des actions concrètes présentées ci-dessous.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

OBJECTIF 1 : IDENTIFIER LES BESOINS RÉELS À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE

- **Action n° 1 :** Objectivation des besoins

OBJECTIF 2 : FACILITER LES COOPÉRATIONS ET LES PARTENARIATS ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU CHAMP DU HANDICAP

- **Action n° 2 :** Information et connaissance mutuelle des acteurs de terrain

Cette action relative à l'organisation et au fonctionnement de la coordination des acteurs devra s'articuler avec le dispositif régional d'appui à la fluidité des parcours en situation de handicap.

OBJECTIF 3 : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS

Ces fiches doivent être analysées comme des contributions à la réflexion régionale impliquant les différents schémas du PRS. Cette réflexion sera précisée dans le cadre des recommandations nationales à paraître.

- **Action n° 3 :** Prévention des risques à tous les âges de la vie
- **Action n° 4 :** Convention « Urgences/Établissements de santé - Handicap »
- **Action n° 5 :** Hospitalisation « Préparation Entrée – Séjour – Anticipation Sortie »

OBJECTIF 1 : IDENTIFIER LES BESOINS RÉELS À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE
ACTION 1 : OBJECTIVATIONS DES MOYENS

Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une vision d'ensemble du champ « Personnes en situation de handicap », enfants et adultes, allant du dépistage du handicap et de l'orientation des personnes en situation de handicap à leur accueil et/ou accompagnement par un service ou un établissement spécialisé. • Objectiver les réalités territoriales au travers la lisibilité des besoins. • Disposer d'une réelle photographie des listes d'attente. • Mesurer l'adéquation entre les besoins et les types d'accompagnements proposés.
Objectifs / schéma cible	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les échanges d'informations avec nos partenaires institutionnels. • Assurer la connaissance en temps réels des listes d'attente en établissements et services. • Le devenir des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants.
Porteur de l'action	ARS En partenariat avec : Conseil Général / MDPH / Education Nationale / DDSC
Plan d'actions	Créer un groupe « Observation partagée » en lien avec les travaux du groupe régional.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • À partir des travaux institutionnels en cours au niveau régional et suite à la mise en place d'un outil informatique commun aux différents acteurs, différentes étapes seront nécessaires à la déclinaison opérationnelle de cette action : <ul style="list-style-type: none"> - identifier les acteurs concernés ; - composer un groupe « Observation partagée » ; - déterminer la périodicité des réunions. • Le groupe « Observation partagée » aura ainsi en charge de : <ul style="list-style-type: none"> - diffuser l'outil régional actuellement en cours d'élaboration ; - favoriser son appropriation ; - favoriser son exploitation ; - analyser les données recensées ; - proposer des solutions alternatives et modulables.
Articulation avec d'autres démarches	Outil régional de suivi des listes d'attente en cours d'élaboration (ARS/CG/MDPH)
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	ARS Conseil Général Education Nationale MDPH DDSC Secteur Social et Médico-social Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	Financement sous réserve des moyens disponibles
Calendrier	Durée du PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Liste d'attente par catégorie d'établissement, par handicap. • Taux de réponses dans l'outil. • Taux de fiabilité. • Nombre de rencontres réalisées, nombre de compte-rendu. • Régularité des réunions. • Taux de présence.

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

OBJECTIF 2 : FACILITER LES COOPÉRATIONS ET LES PARTENARIATS ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU CHAMP DU HANDICAP

ACTION 2 : INFORMATION ET CONNAISSANCE MUTUELLE DES ACTEURS DE TERRAIN

Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la fluidité des parcours de vie et de soins. • Identifier les acteurs de terrain. • Informer les professionnels sur les dispositifs et ressources existantes. • Développer les connaissances mutuelles. • Favoriser les décroissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les mutualisations. • Favoriser le développement de nouvelles pratiques. • Accompagner, en relai de la MDPH, les personnes en situation de handicap et leur famille vers les dispositifs et ressources existantes, tant en milieu ordinaire que protégé.
Objectifs / schéma cible	Le développement d'outils de coordination et de décroissement des acteurs de la santé.
Porteur de l'action	À déterminer
Plan d'actions	Créer un lieu ressource à destination, dans un premier temps, des professionnels en liaison avec les travaux régionaux.
Mise en œuvre	<p>La mise en œuvre devra prendre en compte l'existant, les spécificités de chaque secteur concerné, ainsi que le respect des individualités identitaires de chaque partenaire, dans un esprit de travail global.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en synergie les acteurs impliqués et les réseaux existants dans le champ sanitaire et médico-social. • Identifier et partager les connaissances sur les champs de compétences, les rayons d'action des professionnels concernés, leurs rôles et missions, leurs spécificités et savoir-faire. • Élaborer un outil support à la démarche de recueil et de partage d'informations. • Impliquer chacun des acteurs. • Mettre en place des formations communes. • Encourager l'acculturation réciproque. • Inventorier les sigles et acronymes afin d'élaborer un glossaire commun avec illustrations concrètes. • À partir de la base de données départementale de la MDPH, établir des fiches descriptives des acteurs.
Articulation avec d'autres démarches	<p>Cette action doit être articulée autour de deux axes centraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transversalité avec les Groupes de Travail Conférence de Territoire dont notamment : Permanence des soins / Vieillesse et perte d'autonomie / Gradation des soins / Mode d'exercices coordonnés
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<p>ARS Conseil Général Education Nationale MDPH DDCS Secteur Sanitaire Secteur Social et Médico-social Associations d'usagers</p>
Ingénierie/étude de financement	Création d'un poste de chargé(e) de mission : chiffrage à réaliser. Financement sous réserve des moyens disponibles.
Calendrier	
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'acteurs faisant parti du groupement. • Nombre de nouveaux acteurs ayant rejoint le mouvement. • Existence de l'outil. • Nombre de formations communes. • Création des fiches descriptives.

OBJECTIF 3 : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS	
ACTION 3 : PRÉVENTION DES RISQUES A TOUS LES ÂGES DE LA VIE	
Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir les risques à tout âge de la vie. • Lutter contre l'inégalité d'accès aux soins.
Objectifs / schéma cible	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès aux soins et le suivi du parcours médical des personnes handicapées, qu'elles soient à domicile ou en établissement médico-social. • S'assurer de l'adaptation de l'accueil des personnes handicapées dans les structures sanitaires.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • M. Philippe Étienne : Représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux - FEGAPEI-URAPEI • Mme Ann-Claude Quero-Le Jean: Responsable Administrative et financière – Réseau de Santé Arc-en-Ciel • Mme Valérie Meurou : Représentant des usagers – Associations des personnes handicapées et des associations de retraités et personnes âgées - APF
Plan d'actions	<p>En conformité avec les réflexions régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'accès aux soins préventifs ; - identifier les acteurs de terrain s'inscrivant dans une démarche d'accessibilité universelle ; - favoriser le développement de nouvelles pratiques et/ou organisations ; - renforcer les projets de soins coordonnés.
Mise en œuvre	<p>Préambule : La mise en œuvre devra prendre en compte l'existant, les spécificités de chaque secteur concerné.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une approche globale des situations de handicap : <ul style="list-style-type: none"> - identifier les besoins des enfants, adultes et personnes âgées en situation de handicap dans le domaine de l'accès aux soins préventifs ; - développer des modalités d'intervention diverses en vue de répondre au mieux aux besoins des enfants, adultes et personnes handicapées vieillissantes et de leur famille. • Une mission de facilitateur et d'accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> - en partenariat avec HANDI-ACCES, et en lien avec les réflexions régionales, permettre aux personnes en situation de handicap de trouver un praticien en capacité de répondre à la demande de la personne en situation de handicap, au plus proche de son lieu de vie : <ul style="list-style-type: none"> - adresser à l'ensemble des professionnels de santé du territoire, un questionnaire sur l'accessibilité de leurs locaux ; - encourager les praticiens à être volontaire et moteur dans cette démarche de recensement ; - alimenter l'annuaire en ligne de HANDI-ACCES avec les données recueillies sur le Territoire 7 ; - faire connaître cet outil auprès du public concerné (professionnels et personnes en situation de handicap). - rechercher les solutions partenariales les plus adaptées, avec dans un premier temps, une phase d'expérimentation sur l'accès aux soins préventifs bucco-dentaires et gynécologiques : <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des protocoles d'accueil spécifiques, notamment en établissement de santé ; - organiser des consultations « calendaires regroupées » visant à l'accueil de plusieurs personnes en situation de handicap accompagnées par des professionnels des ESMS concernés ; - rechercher la possibilité d'offrir les soins bucco-dentaires directement aux établissements à l'aide d'un bus, par exemple. - accompagner les associations dans leur démarche auprès des professionnels de santé ; - développer des modalités d'intervention diverses en vue de répondre au mieux aux besoins des professionnels du secteur sanitaire, social, médico-social et/ou associatif.
Articulation avec d'autres démarches	<p>Cette action doit être articulée autour de deux axes centraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transversalité avec les Groupes de Travail de la Conférence de Territoire 7, dont notamment : Permanence des soins / Vieillesse et perte d'autonomie / Gradation des soins / Mode d'exercices coordonnés ; - transversalité avec les deux autres actions programmées dans le cadre du Groupe de Travail « Handicap » : Action 3 : Convention « Urgences/Établissements de santé et handicap » et 4 : Hospitalisation « Préparation Entrée – Séjour – Anticipation Sortie ».
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<p>HANDI-ACCES Réseau SDS Bretagne Réfèrent handicap du Conseil Départemental des Chirurgiens-Dentistes Arc-en-Ciel Autres réseaux de santé Établissements de santé Professionnels de santé Secteur Social et Médico-social Associations d'usagers ARS Conseil Général</p>
Ingénierie/étude de financement	<p>Partenariat avec HANDI-ACCES : diffusion d'un questionnaire sur l'accessibilité des locaux aux professionnels de santé, partage du site web existant www.handi-acces.org, intégration des professionnels de santé volontaires à la base de données HANDI-ACCES, actualisation des données = 2 000 € pour le département des Côtes d'Armor. Financement sous réserve des moyens disponibles.</p>

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

(SUITE) ACTION 3 : PRÉVENTION DES RISQUES A TOUS LES ÂGES DE LA VIE	
Calendrier	Durée du PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs quantitatifs : <ul style="list-style-type: none"> - nombre de professionnels repérés; - nombre de lieux repérés; - nombre de personnes en situation de handicap ayant bénéficié de soins préventifs dans le domaine bucco-dentaire; - nombre de personnes en situation de handicap ayant bénéficié de soins préventifs dans le domaine gynécologique; - nombre de consultations et actes de soins. • Indicateurs qualitatifs : <ul style="list-style-type: none"> - soins réalisés; - type de soins engendrés; - stade de prise en charge; - aggravation de l'état de santé anticipée.

OBJECTIF 3 : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS	
ACTION 4 : CONVENTION « URGENCES/ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ – HANDICAP »	
Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès et la prise en charge spécifiques des personnes en situation de handicap au sein des services d'Urgences des établissements de santé. • Favoriser le développement de nouvelles pratiques et/ou organisations. • Promouvoir la bientraitance.
Objectifs / schéma cible	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan Bientraitance : accompagner les structures dans l'appropriation des bonnes pratiques. • Favoriser l'accès aux soins et le suivi du parcours médical des personnes handicapées, qu'elles soient à domicile ou en établissement médico-social. • S'assurer de l'adaptation de l'accueil des personnes handicapées dans les structures sanitaires.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • M. le Docteur Michel Dagorne : Président de la CME et Vice-Président du Directoire – CH Saint-Brieuc • Mme Valérie Meurou : Représentant des usagers – Associations des personnes handicapées et des associations de retraités et personnes âgées – APF • Mme Ghislaine Bré : Directrice du Foyer Occupationnel pour Adultes (FOA) de Ploumagoar
Porteur de projet	Établissements de santé, sièges de SMUR
Plan d'actions	<p>En conformité avec les réflexions régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permettre une prise en charge adaptée de la situation spécifique de la personne en situation de handicap aux Urgences; - faciliter le travail des soignants; - rechercher les solutions partenariales les plus adaptées.
Mise en œuvre	<p>Préambule : La mise en œuvre devra prendre en compte l'existant, les spécificités de chaque secteur concerné.</p> <p>Une première phase d'expérimentation se concentrera sur la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborer et formaliser une convention partagée entre les services des Urgences des Établissements de santé, le secteur médico-social et les associations d'usagers; - identifier des référents dans les services d'urgence; - former et accompagner les référents des services d'urgence sur l'abord comportemental, la prise en charge des déficiences motrices, la prise en charge des déficiences intellectuelles et des troubles du comportement, la prise en charge des déficiences sensorielles; - favoriser la présence d'une Personne Accompagnante auprès de la personne en situation de handicap pour la rassurer, l'assister et permettre un meilleur relai auprès des soignants lors de sa prise en charge aux Urgences.
Articulation avec d'autres démarches	<p>Transversalité avec les Groupes de Travail de la Conférence de Territoire 7 dont notamment : Permanence des soins / Vieillesse et perte d'autonomie / Gradation des soins</p> <p>Cf. fiche action « La prise en charge des personnes âgées » n° 3 : « Amélioration du parcours de santé des personnes âgées pour éviter les hospitalisations injustifiées et diminuer les passages aux urgences »</p>
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Établissements de santé membres de la CHT Établissements de santé avec un service d'urgences Réseau Bretagne Urgences ARS Secteur Social et Médico-social Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	Financement sous réserve des moyens disponibles
Calendrier	Durée du PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Signature effective d'une convention. • Taux de satisfaction des personnes en situation de handicap pris en charge aux urgences. • Taux de satisfaction des urgentistes dans leur pratique professionnelle de prise en charge des personnes en situation de handicap. • Nombre de Personnes Accompagnantes n'ayant pas pu assister la personne en situation de handicap.

OBJECTIF 3 : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS
ACTION 5 : HOSPITALISATION « PRÉPARATION ENTRÉE – SÉJOUR – ANTICIPATION SORTIE »

Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le bon déroulement du séjour en établissement de santé. • Identifier les acteurs concernés – secteur sanitaire / médico-social et/ou institutionnel. • Favoriser le développement de nouvelles pratiques et/ou organisations. • Renforcer les projets de soins coordonnés.
Objectifs / schéma cible	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès aux soins et le suivi du parcours médical des personnes handicapées, qu'elles soient à domicile ou en établissement médico-social. • S'assurer de l'adaptation de l'accueil des personnes handicapées dans les structures sanitaires. • Optimiser la transversalité et la fluidité des parcours.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Le Dr Lausecker: Médecin – CH Lannion-Trestel • M. le Dr Barret: Rep. des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux - UNA-URCCAS-ADMR • Begard • Mme Valérie Meurou: Représentant des usagers – Associations des personnes handicapées et des associations de retraités et personnes âgées - APF
Plan d'actions	En conformité avec les réflexions régionales : <ul style="list-style-type: none"> - faciliter le parcours de soins ; - organiser au mieux le séjour en établissement de santé.
Mise en œuvre	<p>Préambule: La mise en œuvre devra prendre en compte l'existant, les spécificités de chaque secteur concerné.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une approche globale des situations de handicap <ul style="list-style-type: none"> - identifier les besoins des enfants, adultes et personnes handicapées vieillissantes dans le domaine de l'accès aux soins ; - développer des modalités d'intervention diverses en vue de répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de handicap et de leur famille. • Une mission de facilitateur et d'accompagnement <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place de protocoles et/ou conventions spécifiques ; - organiser et améliorer les hospitalisations programmées ; - développer la notion d'anticipation des sorties et de coordination des acteurs concernés notamment du secteur du domicile ; - réfléchir à la mise en œuvre d'une phase d'expérimentation de protocoles de sortie impliquant les services de SSR, les acteurs du Domicile (SAVS/SAMSAH, SSIAD, SAAD, HAD...), avec une attention particulière pour les personnes en situation complexe.
Articulation avec d'autres démarches	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche action n° 3 « La prise en charge des personnes âgées » : « Expérimentation de modalité favorisant la fluidité des parcours de santé des personnes âgées ». • Transversalité avec les Groupes de Travail de la Conférence de Territoire 7 dont notamment : Prévention / Permanence des soins / Vieillesse et perte d'autonomie / Gradation des soins / Mode d'exercices coordonnés. • Transversalité avec les deux autres actions « Accès aux soins et Prévention » programmées dans le cadre du Groupe de Travail « Handicap ». • Schéma d'action sociale du Conseil Général 22. • PACT-ARIM.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	ARS Conseil Général des Côtes d'Armor DDCCS Secteur Sanitaire Secteur Social et Médico-social Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	Financement sous réserve des moyens disponibles
Calendrier	Durée du PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de protocoles ou conventions. • Recueil des plaintes et réclamations des établissements de santé.

● THÉMATIQUE N°9. LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE SUICIDAIRE

PRÉAMBULE

La santé mentale n'est pas seulement définie par l'absence de troubles et de handicaps mentaux. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

Les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide (10 500 morts en France par an en 2009).

Sujet longtemps tabou dont le secret restait limité à la sphère familiale, le suicide a été reconnu en France comme priorité de Santé Publique à partir de la fin des années 1990.

Le gouvernement français vient de réaffirmer, à travers deux plans interministériels majeurs pour la période 2011-2015, la nécessité de traiter le problème du suicide dans sa globalité :

- le Plan Psychiatrie et Santé mentale ;
- le Programme national d'actions contre le suicide.

6 enjeux prioritaires sont identifiés dans le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2015 :

- développement de la prévention et de la postvention ;
- amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire ;
- information et communication autour de la prévention du suicide ;
- formation des professionnels ;
- études et recherche ;
- suivi et animation du programme d'actions contre le suicide.

En Bretagne, le suicide est une priorité régionale de santé constamment réaffirmée en raison d'une position défavorable par rapport aux autres régions françaises, d'une surmortalité persistante et d'un taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide supérieur à la moyenne française.

En outre, les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo sont, au sein du territoire breton, dans une situation particulièrement défavorable.

Dans ce contexte, la Conférence de Territoire n° 7 s'est saisie de cette thématique et en a fait un axe prioritaire de son Programme Territorial de Santé.

Étant donné la prévalence du suicide sur notre territoire et le nombre d'actions à mener sur le sujet, le groupe de travail s'est focalisé essentiellement sur ce pan de la thématique initiale.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

DÉFINITIONS

D'après le rapport « La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie » parue en novembre 2009.

• Troubles mentaux

Troubles psychotiques, schizophrénies, troubles dépressifs caractérisés, troubles de l'usage des produits toxiques (alcool, drogues et médicaments), troubles de la personnalité, dont les personnalités asociales...

Ces troubles se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

• Santé mentale positive

Fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme « un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie. »

• Détresse psychologique ou souffrance psychique

État de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental.

Cette détresse indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.

• Suicide

C'est l'action de se donner soi-même la mort volontairement

Le mot « Suicide » vient du pronom latin « sui » (de soi-même) et de « cide », issu de la racine « cid », de « caedere » (frapper, tuer).

C'est à Desfontaines, prêtre du XVIII^e siècle, que remonte l'usage du mot français. Les expressions « homicide de soi-même » et « mort volontaire » étaient seules usitées avant lui.

CAUSALITÉ SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

L'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) étaye, dans son dossier d'information sur le suicide, les possibles corrélations entre troubles mentaux et suicide :

« La prédictibilité de l'acte suicidaire est très incertaine : de nombreux chercheurs s'accordent à dire qu'il est impossible d'établir un portrait précis du sujet suicidaire. Cependant, différents facteurs de risque ont été identifiés au fil du temps, notamment par le biais de la technique d'autopsie psychologique.

Pratiquée dans plusieurs pays (Canada, Grande-Bretagne, Finlande), mais encore très confidentielle en France, cette méthode peut être utilisée pour affiner la connaissance des facteurs de risque du comportement suicidaire et ainsi contribuer à la prévention.

L'autopsie psychologique collecte des informations sur un grand nombre de paramètres : les détails de la mort, le paysage familial, le contexte social, le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents, les éventuelles conduites suicidaires antérieures, les événements de vie négatifs, l'éventualité de contact avec des services d'aide avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide.

Les travaux faisant appel à l'autopsie psychologique révèlent la prévalence importante des troubles mentaux dans le comportement suicidaire : au moins 90 % des cas la dépression étant la plus fréquente (30 %), ensuite venant l'alcoolisme (15 %) et la schizophrénie (2 %), quel que soit l'âge ou le sexe, par rapport aux 10-30 % rencontrés dans la population témoin (...). Tous les troubles sont représentés, mais la dépression majeure semble jouer un rôle de premier plan ».

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

Les personnes qui souffrent d'un trouble mental présentent un risque 12 fois plus élevé de suicide que celles qui n'ont pas de troubles mentaux.

Co-morbidité :

La majorité des personnes qui se suicident souffrent de plusieurs troubles mentaux :

- entre 21 et 81 % des personnes décédées par suicide souffraient d'au moins deux troubles mentaux ;
- chez environ 38 % des personnes décédées par suicide, il y a généralement présence simultanée d'abus de substances et d'autres troubles mentaux, majoritairement des troubles de l'humeur.

LA SITUATION EN BRETAGNE

En 2008, en Bretagne, et en moyenne chaque jour, plus de 2 personnes sont décédées par suicide (majoritairement des hommes), et plus de 20 personnes ont été prises en charge en hospitalisation de court séjour dans le cadre d'une tentative de suicide (majoritairement des femmes). La Bretagne est la région de France où la mortalité par suicide est la plus importante et où le recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé qu'en moyenne française (respectivement 26 décès et 248 séjours hospitaliers pour 100 000 habitants contre 16 et 161 en France).

Bien que la mortalité par suicide soit, en Bretagne comme en France, en diminution depuis le début des années 1990, la région affiche une situation particulièrement défavorable par rapport à la moyenne nationale sur l'ensemble de la période.

Ainsi, en 2005-2007, la surmortalité (étudiée à partir des Indices Comparatifs de Mortalité - ICM) atteint +59 % chez les hommes et +67 % chez les femmes.

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES LOCALES

Si quelques données existent au niveau du département et sur les Pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, il n'en existe pas sur le Territoire 7. Cependant, au vu des éléments ci-dessous, le territoire 7 est vraisemblablement le territoire breton le plus marqué en termes de mortalité par suicide.

Evolution du nombre annuel de décès par suicide selon le sexe de 2000 à 2009

HOMMES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Côtes d'Armor	145	130	130	140	134	133	139	149	122	145

FEMMES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Côtes d'Armor	47	56	52	56	52	56	43	60	51	59

Evolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe de 2001 à 2008 (unité pour 100 000)

HOMMES	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Côtes d'Armor	50,7	48,7	48,7	48,5	48,4	50,2	48,1	47,5
Bretagne	45,3	44,9	44,7	43,9	41,9	42,1	40,9	41,7
France hexagonale	29,1	28,8	28,7	28,5	27,7	26,9	26,4	26,3

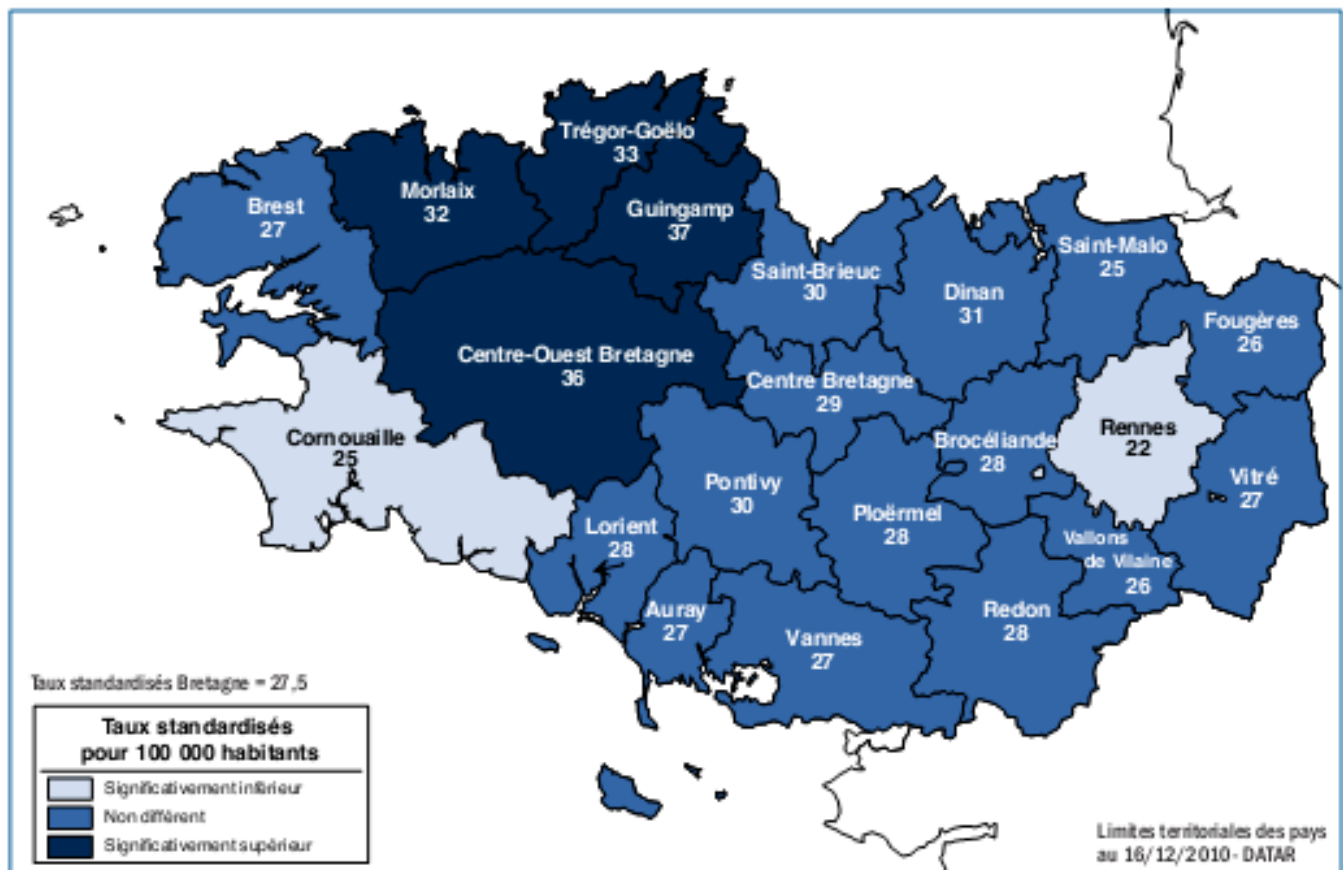
FEMMES	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Côtes d'Armor	17,3	18,1	17,2	17,3	15,5	15,9	15,7	17,1
Bretagne	14,6	14,1	14,5	14,8	14,8	14,3	13,8	13,6
France hexagonale	9,2	9,0	9,1	9,0	8,9	8,5	8,3	8,1

Sources : Inserm CépIDC, Insee, Fnors Score-santé.

Taux de mortalité par suicide selon l'âge en 2007-2009 – Deux sexes confondus (unité pour 100 000)

	CÔTES D'ARMOR	BRETAGNE	FRANCE HEXAGONALE
< 15 ans	0,0	0,4	0,2
15-24 ans	8,4	10,3	6,6
25-34 ans	25,1	24,3	13,3
35-44 ans	45,1	37,1	21,5
45-54 ans	50,4	42,6	26,5
55-64 ans	48,2	36,4	21,4
65-74 ans	43,7	36,3	22,3
75-84 ans	52,7	45,1	31,0
85 ans et +	61,8	47,9	39,0

Sources : Inserm CépiDc, Insee

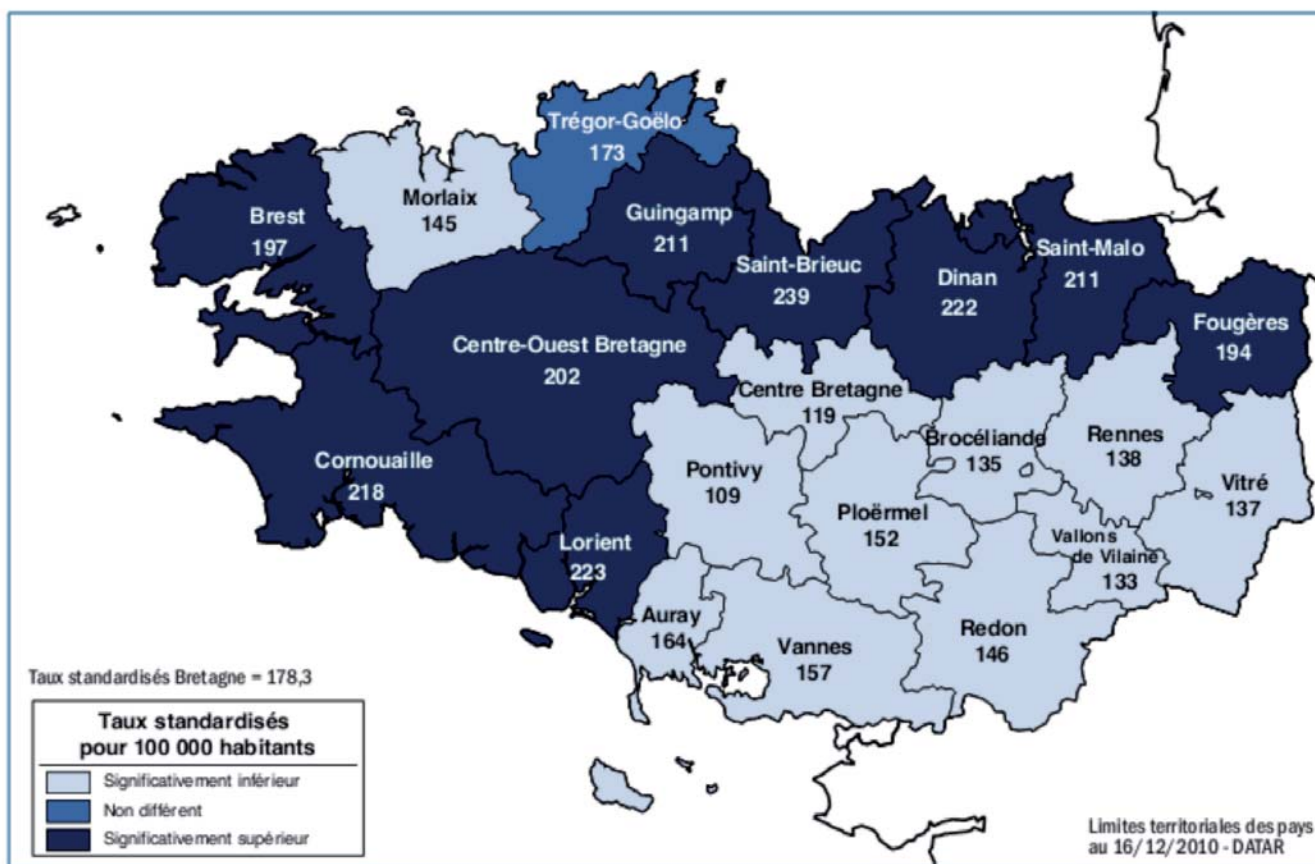
Mortalité par suicide selon les pays de Bretagne en 2000-2009*
Deux sexes confondus

Sources : Inserm CépiDc, Insee RP 1999 et RP 2008.

Exploitation ORS Bretagne

* Standardisation sur la population française au RP2006. Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

Recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide selon les pays de Bretagne en 2009* Deux sexes confondus



Sources : PMSI MCO 2009, ATIH, Insee RP 2008.

Exploitation ORS Bretagne.

* Standardisation sur la population française au RP2006. Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

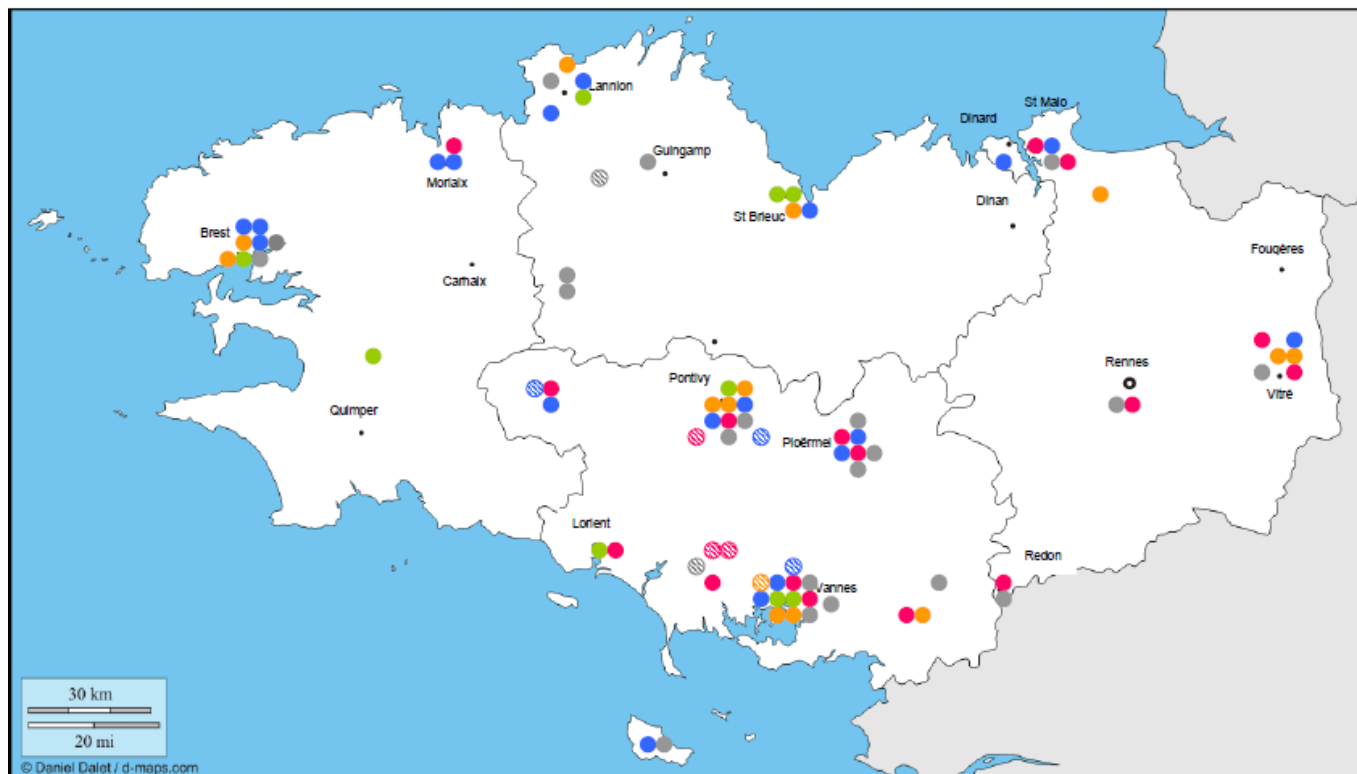
LA PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE 7

Les actions de prévention sont peu nombreuses et trop ponctuelles.

De plus, le groupe de travail a mis en évidence la méconnaissance par nombre d'acteurs des outils et/ou ressources disponibles sur le territoire dans ce domaine.

• Actions de formation

Formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire entre 2007 et 2011 en Bretagne

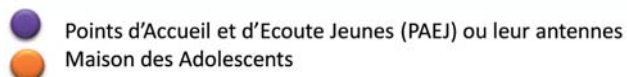
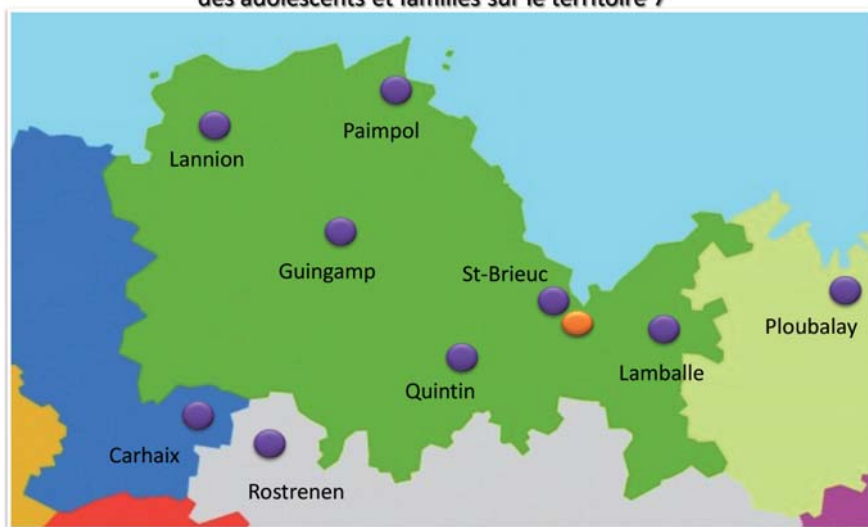


Format particulier : adapté à la demande, hors cahier des charges TERRA
Source : IRESP Bretagne, février 2013

À noter l'expérimentation en cours de mise en place de formations de vigilants-veilleurs sur les communautés de Belle-Isle-en-Terre et de La Roche Derrien, portée par la Fondation Bon Sauveur (CHS Bégard) et les Pays du Trégor-Goëlo et de Guingamp.

• Lieux d'accueil et d'écoute

Structures d'Accueil et d'Ecoute (non médicalisées),
des adolescents et familles sur le territoire 7



OFFRE DE SOINS EN SANTÉ MENTALE SUR LE TERRITOIRE 7

• Le maillage territorial des médecins généralistes

Les médecins généralistes, investis d'un fort potentiel de confiance par leurs patients, sont plus facilement consultés que les médecins psychiatres : 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte (D'après Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? Contribution à la Conférence de Consensus d'octobre 2000).

La place du médecin généraliste est incontournable à tous niveaux :

- en prévention primaire : repérer et dépister les suicidaires ;
- en prévention secondaire : évaluer l'intensité de la crise et adopter une stratégie thérapeutique adaptée ;
- en prévention tertiaire : éviter la récurrence des suicidants.

Il est également l'interface incontournable de la prise en charge transdisciplinaire entre patients, spécialistes, familles, intervenants du champ sanitaire et social...

• Le maillage des médecins psychiatres

Toute l'offre confondue en psychiatrie est largement déficitaire sur le Territoire 7, comparée à la moyenne nationale : 22 médecins psychiatres pour 100 000 habitants en moyenne en France (Sources : DREES - INSEE 2011) mais seulement 14 médecins psychiatres pour 100 000 habitants sur le Territoire 7.

- En libéral

Répartition des 15 médecins psychiatres exerçant en ville sur le Territoire 7

LAMBALLE	SAINT-BRIEUC	LANNION	PAIMPOL
1	11	2	1

Source : Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins – Fév. 2013

- En établissement de santé

Répartition des 40 médecins psychiatres exerçant dans un établissement de santé

YFFINIAC	TRÉGUEUX		SAINT-BRIEUC		BÉGARD
Clinique du Val Josselin	Clinique de la Cerisaie	Pôle Saint-Benoît Menni (antenne du CH Saint-Jean de Dieu de Dinan)	Centre Hospitalier Yves Le Foll	CSSRAA L'Avancée	Centre hospitalier spécialisé – La Fondation Bon Sauveur
6 médecins psychiatres	4 médecins psychiatres	6 médecins psychiatres	1 médecin psychiatre	1 médecin psychiatre	22 médecins psychiatres

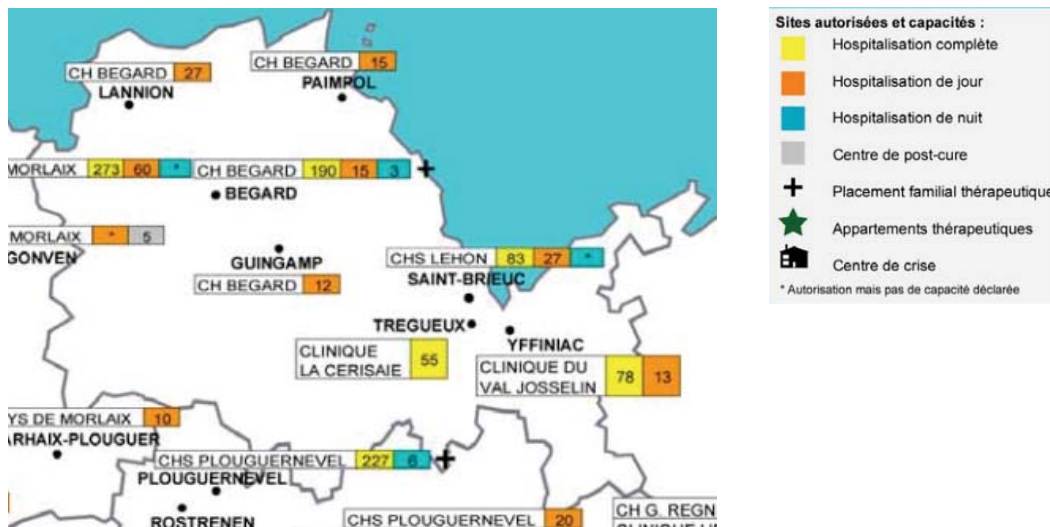
Source : Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins – Fév. 2013

- En Centre Médico-Psychologique

SAINT-BRIEUC	PAIMPOL
2 médecins psychiatres	2 médecins psychiatres

Source : Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins – Fév. 2013

Sites en psychiatrie générale pour adultes 2010



• L'expérience originale menée par le CHS Bégard

En Bretagne comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, il n'existe pas de recensement des tentatives de suicide. Toutefois, la Fondation Bon Sauveur – Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard a soutenu l'initiative d'une expérience innovante de dénombrement et de description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge au sein des services d'urgence des centres hospitaliers de Guingamp, Paimpol et Lannion qui recouvrent en grande partie la géographie de deux pays de Bretagne : les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, parmi les plus concernés par le phénomène suicidaire en région.

Cette étude, soutenue par le Conseil Régional et l'Agence Régionale de Santé Bretagne, s'inscrit à la fois dans le cadre des priorités régionales relatives à la prévention de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire et dans le cadre des orientations liées à la conférence de consensus relative à la prévention du suicide en Bretagne.

Elle permet d'améliorer la connaissance du processus suicidaire (tentatives et récives) et donne un éclairage supplémentaire pour ajuster les politiques de prévention... à poursuivre sur l'ensemble du territoire.

Source : ORS Bretagne

POINTS D'EFFORT IDENTIFIÉS ET PARTAGÉS SUR LE TERRITOIRE 7

• Connaissance du phénomène suicidaire sur le Territoire 7

Peu de données sur les suicides et les tentatives de suicide sont disponibles à l'échelle du Territoire.

Pourtant, il s'agit d'un phénomène dont il convient d'améliorer la connaissance et la qualité des données au vu des premiers éléments défavorables sur les Pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo.

L'absence de recueil systématique et harmonisé de ces données pénalise la réactivité au service de l'action.

• Le suicide est l'affaire de tous

Malgré de nombreux préjugés et la crainte que suscite le suicide, bien que le repérage de la souffrance d'autrui soit complexe, une politique de prévention active peut aider à faire reculer les chiffres du suicide.

Parler et faire parler du suicide, informer, sensibiliser et augmenter les possibilités de prévention nécessitent une approche innovante et originale pour « toucher » le public, les proches...

Parmi plusieurs stratégies de prévention du suicide, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise le repérage des personnes à risque suicidaire dans leurs milieux de vie. L'une des stratégies recommandées consiste à mettre en place des réseaux de sentinelles en prévention du suicide. Coordonner les actions de formation au repérage de la crise suicidaire s'avère dès lors essentiel.

• Risque suicidaire et activité professionnelle

Le phénomène suicidaire est un processus complexe et multifactoriel. Il est aujourd'hui difficile de comptabiliser le nombre exact de suicides en lien avec le travail ; le Conseil économique et social l'estime, pour sa part, entre 300 à 400 par an.

Sur l'ensemble des suicides (INSERM 2009), 10 % surviennent entre 25 et 34 ans, 18 % entre 35 et 44 ans, 21 % entre 45 et 54 ans. Près de la moitié des suicides concerne la tranche d'âge des 25-54 ans, une population en âge de travailler.

Il est donc essentiel d'envisager des actions en faveur de cette population sévèrement touchée.

• Ceux qui restent

La majorité des auteurs considère que le deuil par suicide est généralement un deuil difficile. Le suicide est une mort auto-infligée et violente qui peut avoir un impact traumatique pour ceux qui restent.

L'entourage y est confronté de façon brutale le plus souvent, sans y être préparé et sans avoir pu anticiper ses effets.

Ainsi, la pertinence de se préoccuper de l'aide et du soutien auprès de ceux qui restent s'avère indispensable, compte tenu de l'ensemble des impacts potentiels néfastes auprès des endeuillés et notamment auprès des enfants endeuillés, auprès des témoins du suicide ou auprès des personnes déjà vulnérables chez qui le suicide d'une autre personne peut agir comme un élément déclencheur d'une situation de crise.

I. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

La Conférence de Consensus « En Bretagne le suicide n'est pas une fatalité. Comprendre pour agir », mise en place en 2007, soulignait l'importance des inégalités infra-régionales devant le phénomène suicidaire et préconisait une amélioration de la connaissance, notamment sur les territoires les plus concernés, dans l'objectif d'un partage des diagnostics réalisés et d'un renforcement des moyens de prévention.

Les enjeux prioritaires identifiés dans ce Programme Territorial de Santé du Territoire 7 reprennent ces préconisations, tout en mettant en lumière la nécessité de mettre en œuvre un dispositif de coordination de l'ensemble des acteurs concernés par cette thématique.

II. OBJECTIFS ET ACTIONS

OBJECTIF 1 : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DU PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE 7

- Action n° 1 : Mise en place d'un dispositif d'observation des suicides et des tentatives de suicide.

OBJECTIF 2 : MOBILISER ET COORDONNER LES RESSOURCES LOCALES

- Action n° 2 : Mise en place d'une dynamique de réseau des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge du suicide.
- Action n° 3 : Prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire dans les situations d'urgence.

OBJECTIF 3 : AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE

- Action n° 4 : Formation de « sentinelles » au repérage de la crise suicidaire.
- Action n° 5 : Actions de sensibilisation et de prévention auprès du grand public.

OBJECTIF 4 : RENFORCER LA POSTVENTION

- Action n° 6 : Renforcement de la postvention.

OBJECTIF 1 : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DU PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE 7
ACTION 1 : MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF D'OBSERVATION DES SUICIDES ET DES TENTATIVES DE SUICIDES

Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> Repérer les passages à l'acte et suivre leur prise en charge à l'échelle du territoire 7. Repérer les suicides sur le territoire. Contribuer, au travers des connaissances apportées, au pilotage des actions et à l'évaluation de celles-ci.
Objectifs / schéma cible	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à disposition des acteurs de terrain les outils et méthodes pertinents pour une intervention efficace. Poursuivre l'amélioration de la connaissance du phénomène pour l'action.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> Mme Sabrina Rohou - Responsable de l'activité Promotion de la Santé - La Mutualité Française Bretagne M. Xavier Montserrat - Directeur – CH Tréguier Mme le Dr Rothe - Médecin Chef du service des Urgences - CH Saint-Brieuc Mme le Dr Le Coz - Médecin Responsable du service Promotion de la Santé en faveur des élèves - Direction Départementale Académique M. le Docteur Marius Lupascu - médecin psychiatre - Fondation Bon Sauveur Bégard M. Gaël Thomas - cadre de santé - Fondation Bon Sauveur Bégard Mme Christine Gosset - Responsable du service Interventions Sociales - MSA
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> Définir les modalités de pilotage du dispositif d'observation. Développement d'un partenariat avec l'ORSB. Mettre en place les modalités du dispositif d'observation. À partir des résultats, proposer de nouvelles actions.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Définir le fonctionnement du dispositif d'observation (portage, pilotage et mise en œuvre): <ul style="list-style-type: none"> formalisation du partenariat entre établissements hospitaliers du territoire 7 (centres hospitalier et ex-hôpitaux locaux); écriture d'un cahier des charges; réflexion autour du déploiement du dispositif de suivi des tentatives de suicide et des récidives expérimenté aux urgences de Lannion, Guingamp, Paimpol, sur les secteurs de Saint-Brieuc, sud du département, est du territoire. Mise en place et déploiement du dispositif d'observation. Identification de recommandations ou actions et mise en place de celles-ci.
Articulation avec d'autres démarches	<p>Articulation avec les autres territoires de santé concernés par la même problématique (mutualisations possibles autour de cet axe).</p> <p>Articulation avec la fiche n° 2 (réseau suicide)</p>
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<p>Partenaires du dispositif d'observation : ARS, Établissements sanitaires et médico-sociaux, ORSB</p> <p>Autres acteurs concernés : tous les acteurs du réseau suicide (fiche 2)</p>
Ingénierie/étude de financement	<p>Mobilisation des moyens existants : temps de coordination et de recueil dans les établissements</p> <p>Prestation de l'ORSB pour l'analyse des données</p> <p>Financement sous réserve des moyens disponibles</p>
Calendrier	Toute la durée du PRS et PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre effective du dispositif. Nombre d'établissements engagés et mobilisés. Partage de l'information avec les autres fiches. Actions mises en place.

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

OBJECTIF 2 : MOBILISER ET COORDONNER LES RESSOURCES LOCALES	
ACTION 2 : MISE EN PLACE D'UNE DYNAMIQUE DE RESEAU DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la coopération entre acteurs. • Améliorer et accroître la prévention et prise en charge du suicide sur le territoire 7.
Objectifs / schéma cible	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition des acteurs de terrain les outils et méthodes pertinents pour une intervention efficace. • Promouvoir le partenariat et le fonctionnement en réseau et en améliorer les contenus. • Améliorer le dispositif de formation-information des acteurs.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Sabrina Rohou - Responsable de l'activité Promotion de la Santé - La Mutualité Française Bretagne • M. Xavier Montserrat - Directeur – CH Tréguier • Mme le Dr Rothe - Médecin Chef du service des Urgences - CH Saint-Brieuc • Mme le Dr Le Coz - Médecin Responsable du service Promotion de la Santé en faveur des élèves - Direction Départementale Académique • M. le Docteur Marius Lupascu - médecin psychiatre - Fondation Bon Sauveur Bégard • M. Gaël Thomas - cadre de santé - Fondation Bon Sauveur Bégard • Mme Christine Gosset - Responsable du service Interventions Sociales - MSA
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les modalités de fonctionnement du réseau. • Identifier et mobiliser les acteurs du réseau et les ressources locales. • Améliorer les actions ou créer des projets en fonction des enseignements issus du dispositif d'observation. • Définir et mettre en place des actions collectives.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les modalités de fonctionnement du réseau : <ul style="list-style-type: none"> - identifier les acteurs et leur niveau d'implication dans le projet de réseau ; - définir collectivement les valeurs et le périmètre d'action du réseau, la fréquence des réunions ; - signature d'une charte commune. • Identifier et mobiliser les acteurs du réseau et les ressources locales : <ul style="list-style-type: none"> - identifier, repérer et faire connaître les ressources locales en matière de prévention et prise en charge du suicide (dispositifs, tous les acteurs investis autour du suicide, outils...); - développer la coopération entre acteurs : mutualiser les savoirs, compétences et expériences, innover, mieux coordonner les actions, échanger, s'informer, se former collectivement autour de problématiques identifiées par le groupe. • Améliorer les actions ou créer des projets en fonction des enseignements issus du dispositif d'observation : <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des temps d'analyse des résultats (cf. fiche n° 1). • Définir et mettre en place des actions collectives : <ul style="list-style-type: none"> - actions de formation (cf. fiche n° 3); - actions auprès du grand public (cf. fiche n° 4); - amélioration de la prise en charge en situation d'urgence (cf. fiche n° 4); - postvention (cf. fiche n° 5); - ou toute autre action identifiée par le réseau.
Articulation avec d'autres démarches	<ul style="list-style-type: none"> • Échanges et informations avec les autres réseaux et collectifs de prévention du suicide en région (Belle-Île en Terre, La Roche Derrien, Coeps 35, collectifs Misaco dans le Morbihan, réseaux de Landerneau, Cornouaille...) et les plans et programmes des partenaires du réseau. • Cette dynamique pourra s'appuyer sur le document « Bilan de l'accompagnement à l'évaluation des réseaux de prévention du suicide en Bretagne » réalisé dans le cadre du PRS Prévenir le suicide en Bretagne, en décembre 2007. • Cette fiche s'inscrit en lien avec la fiche n° 1.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires du réseau : ARS, Mutualité Française Bretagne, Mutualité Sociale Agricole, Pays, collectivités, associations d'entraide et d'écoute, Centres Hospitaliers, Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes, Direction Départementale Académique, Conseils Général et Régional, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé, Gendarmerie, Maison des Adolescents, représentants des réseaux de Belle-Île en Terre et de la Roche Derrien... • Les autres acteurs à mobiliser : tous les acteurs concernés par la problématique de la souffrance psychique et du suicide, c'est-à-dire : professionnels des secteurs de la santé, social, éducatif, jeunesse, collectivités, milieux du travail, pompiers, gendarmerie, police, associations d'entraide et d'écoute...
Ingénierie/étude de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'animation du réseau. • Frais de fonctionnement liés aux temps de réunion du réseau (mise à disposition de salle, frais administratifs...). • Réalisation et diffusion d'une plaquette ou annuaire des structures ressources. • Financement sous réserve des moyens disponibles.
Calendrier	Toute la durée du PRS et PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'acteurs mobilisés, leur représentation et leur assiduité. • Fréquence des réunions. • Nombre de formations communes. • Les réalisations (plaquette...). • Satisfaction des acteurs, plus-value apportée par le réseau. • ...

OBJECTIF 2 : MOBILISER ET COORDONNER LES RESSOURCES LOCALES
ACTION 3 : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Enjeu(x)	Assurer une meilleure continuité de prise en charge des patients
Objectifs / schéma cible	Prendre en charge les personnes en crise suicidaire
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Sabrina Rohou - Responsable de l'activité Promotion de la Santé - La Mutualité Française Bretagne • M. Xavier Montserrat - Directeur – CH Tréguier • Mme le Dr Rothe - Médecin Chef du service des Urgences - CH Saint-Brieuc • Mme le Dr Le Coz - Médecin Responsable du service Promotion de la Santé en faveur des élèves - Direction Départementale Académique • M. le Docteur Marius Lupascu - médecin psychiatre - Fondation Bon Sauveur Bégard • M. Gaël Thomas - cadre de santé - Fondation Bon Sauveur Bégard • Mme Christine Gosset - Responsable du service Interventions Sociales - MSA
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Expérimenter, sur une zone géographique ciblée, un dispositif d'aide aux médecins généralistes ou tout autre intervenant de santé, pour : <ul style="list-style-type: none"> - évaluer le risque suicidaire chez son patient; - décider du traitement ou de la prise en charge adaptée. • Assurer une meilleure continuité de prise en charge des patients.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer la zone géographique sur laquelle portera l'expérimentation • Identifier un pilote de cette action (médecin) et mettre en place une cellule d'étude de cas. • À partir d'un cas de prise en charge de suicidant, qui a concerné plusieurs acteurs, examiner, entre les différents acteurs concernés par ce dossier, les éléments positifs et négatifs, pour en dégager des préconisations concrètes. • Expérimenter ces recommandations à l'échelle de cette zone géographique : <ul style="list-style-type: none"> - Elles pourront porter par exemple sur les conditions d'informations entre l'établissement hospitalier et le médecin généraliste, dans le respect de la volonté des patients, pour assurer une meilleure continuité de prise en charge (recommandation issue de l'étude de l'ORSB auprès des médecins généralistes). • Favoriser l'interconnaissance des acteurs de la prise en charge du suicide sur cette zone, au travers des autres actions du réseau (actions de formations à l'échelle de cette zone géographique...). • Si l'expérimentation est concluante, déployer ces recommandations sur d'autres zones géographiques.
Articulation avec d'autres démarches	<ul style="list-style-type: none"> • Cette fiche s'appuie sur une étude de l'ORSB, financée par l'ARS et le Conseil Régional sur la gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. • Elle pourra s'articuler avec les revues de mortalité et de morbidité (RMM). • Cette fiche s'inscrit en lien avec les fiches n° 1 et 2. • Une articulation sera également recherchée avec les Contrats Locaux de Santé et les dispositifs existants (cellule de prévention du suicide de la MSA par exemple).
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires du projet de prise en charge : ARS, Mutualité Sociale Agricole, Pays, collectivités, Centres Hospitaliers (CMP), Médecins généralistes, Gendarmerie... • Et plus particulièrement sur cette action, tous les acteurs de la filière de prise en charge sanitaire et sociale de la zone géographique définie (structures hospitalières, médecins généralistes, secrétaires médicales psychiatres, psychologues libéraux, travailleurs sociaux, pompiers, gendarmerie...).
Ingénierie/étude de financement	Temps de travail
Calendrier	Toute la durée du PRS et PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une cellule d'étude de cas. • Identification des recommandations à l'issue des analyses de cas.

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

OBJECTIF 3 : AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE	
ACTION 4 : FORMATION DE « SENTINELLES » AU REPÉRAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE	
Enjeu(x)	Permettre au plus grand nombre de devenir acteur de prévention du suicide.
Objectifs / schéma cible	Prévenir le passage à l'acte des individus vulnérables ou en souffrance.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Sabrina Rohou - Responsable de l'activité Promotion de la Santé - La Mutualité Française Bretagne • M. Xavier Montserrat - Directeur – CH Tréguier • Mme le Dr Rothe - Médecin Chef du service des Urgences - CH Saint-Brieuc • Mme le Dr Le Coz - Médecin Responsable du service Promotion de la Santé en faveur des élèves - Direction Départementale Académique • M. le Docteur Marius Lupascu - médecin psychiatre - Fondation Bon Sauveur Bégard • M. Gaël Thomas - cadre de santé - Fondation Bon Sauveur Bégard • Mme Christine Gosset - Responsable du service Interventions Sociales - MSA
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Définir un plan de formation en tenant compte des priorités définies (territoires, publics...). • Déployer et coordonner les formations mises en place. • Suivre les personnes formées et les accompagner dans leur rôle de « sentinelle ».
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le nombre de personnes à former sur le territoire pour que l'action ait possiblement un impact en termes de santé publique (données existantes dans la littérature). • Réactiver le réseau de formateurs et en former d'autres sur le territoire si nécessaire. • Définir un plan de formation en tenant compte des priorités définies (territoires, publics...) : <ul style="list-style-type: none"> - définir (par le groupe de travail « réseau ») des priorités en termes de formation, en s'appuyant sur l'état des lieux régional des formations réalisé par l'IREPS : <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les « sentinelles » (élus, enseignants, professionnels de santé par exemple) en fonction du public prioritaire retenu (jeunes, actifs, personnes âgées, personnes handicapées, par exemple) ; - Prioriser les secteurs géographiques. - définir un plan de formation ; - identifier la ou les structures chargées de la mise en place des formations et, les intervenants formateurs. • Déployer et coordonner les formations • Suivre les personnes formées et les accompagner dans leur rôle de « sentinelle » : <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place un tableau de bord des personnes formées ; - organiser un suivi à distance de la formation ; - évaluer la formation (enquête à chaud et à froid). • Réflexion autour d'un module de formation à intégrer dans les formations initiales des aides-soignants, infirmiers, intervenants à domicile, enseignants, travailleurs sociaux...
Articulation avec d'autres démarches	<ul style="list-style-type: none"> • Cette action tiendra compte des recommandations issues de l'état des lieux régional des formations dites « Terra » au repérage de la crise suicidaire réalisé par l'IREPS Bretagne, mais aussi du cahier des charges des « formations à la prévention du suicide » rédigé dans le cadre du PRS Prévenir le suicide en Bretagne en mai 2006. • Lien avec l'action « vigilants veilleurs » mis en place sur Belle-Ile en terre et la Roche Derrien. • Cette fiche s'inscrit en lien avec les fiches n° 1 et 2.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires de la formation de sentinelles : ARS, Mutualité Française Bretagne, Mutualité Sociale Agricole, Pays, Centres Hospitaliers, Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé, Direction Départementale Académique, Conseil Général... • (Acteurs mobilisés : tous les acteurs concernés par la problématique de la souffrance psychique et du suicide, c'est-à-dire : professionnels des secteurs de la santé, social, éducatif, jeunesse, collectivités, milieux du travail, pompiers, gendarmerie, police, associations d'entraide et d'écoute, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, maison d'arrêt, les élus... Les membres des groupes « Handicap » et « Vieillesse de la population » de la Conférence de Territoire 7 pourront être spécifiquement mobilisés.
Ingénierie/étude de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de travail de la (ou des) structure(s) chargée(s) de la mise en place des formations. • Rémunération des formateurs. • Temps de mise à disposition des personnes formées • Location de salle • Frais de repas... • Frais pédagogiques • Évaluations et suivi des personnes formées (temps de travail) • Financement sous réserve des moyens disponibles
Calendrier	Toute la durée du PRS et PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formations • Nombre de formateurs • Nombre de personnes formées et ayant bénéficié d'un suivi à distance • Territoires géographiques et publics formés • Évaluation à chaud et à froid • ...

OBJECTIF 3 : AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE

ACTION 5 : ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE PRÉVENTION AUPRÈS DU GRAND PUBLIC

Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Lever le « tabou », le sentiment de honte autour du suicide et lutter contre les idées reçues. • Rendre visible et faciliter les ressources locales en matière de prévention et de prise en charge du suicide. • Promouvoir les actions favorisant les liens sociaux et intergénérationnels, comme un levier de prévention de la souffrance psychique. • Sensibiliser tous les âges de la vie, avec une attention particulière portée en direction des 35-54 ans.
Objectifs / schéma cible	Renforcer les compétences psychosociales et les facteurs de protection des individus.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Sabrina Rohou - Responsable de l'activité Promotion de la Santé - La Mutualité Française Bretagne • M. Xavier Montserrat - Directeur – CH Tréguier • Mme le Dr Rothe - Médecin Chef du service des Urgences - CH Saint-Brieuc • Mme le Dr Le Coz - Médecin Responsable du service Promotion de la Santé en faveur des élèves - Direction Départementale Académique • M. le Docteur Marius Lupascu - médecin psychiatre - Fondation Bon Sauveur Bégard • M. Gaël Thomas - cadre de santé - Fondation Bon Sauveur Bégard • Mme Christine Gosset - Responsable du service Interventions Sociales - MSA
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des actions de prévention et de sensibilisation auprès du grand public. • Faire connaître les ressources locales en matière de prévention et prise en charge du suicide sur le territoire. • Sensibiliser les employeurs.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser ou promouvoir des actions de prévention et de sensibilisation auprès du grand public du type conférences-débats, cinés-débats... <ul style="list-style-type: none"> - médiatisation de ces événements et des outils réalisés (dans le cadre de la journée nationale de prévention du suicide notamment). • Faire connaître les ressources locales en matière de prévention et prise en charge du suicide sur le territoire : <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre des actions mises en place : diffusion d'un document de recensement des structures ressources • Expérimenter une action en direction des employeurs ; une action sera menée en lien avec la Chambre de commerce et d'industrie des Côtes d'Armor pour les entreprises et Chambres d'agriculture du secteur privé et avec la Préfecture des Côtes d'Armor et le Conseil Général du département pour les établissements du secteur public. Cette action sera élaborée avec des représentants de ces secteurs d'activité.
Articulation avec d'autres démarches	<ul style="list-style-type: none"> • L'axe de travail en direction des entreprises pourra s'appuyer sur le document ressource « Souffrance mentale, suicide et milieux professionnels : état des lieux des ressources en Bretagne et pistes d'action », réalisé dans le cadre du PRS Prévenir le suicide en Bretagne en décembre 2007. • Lien avec l'étude menée auprès d'entreprises du cabinet Prisma Conseil sur les pays Trégor-Goëlo et Guingamp. • Cette fiche s'inscrit en lien avec les fiches n° 1 et 2.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires des actions grand public : ARS, Mutualité Française Bretagne, Mutualité Sociale Agricole, Pays, collectivités, associations d'entraide et d'écoute, Centres Hospitaliers, Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes, Inspection Académique, Conseils Général et Régional, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé, Chambre de commerce et d'industrie et Chambre d'agriculture des Côtes d'Armor, Préfecture des Côtes d'Armor, Médecine du Travail, Maison des Adolescents, Pompiers, Organisations Syndicales... • Les autres acteurs à mobiliser : tous les acteurs concernés par la problématique de la souffrance psychique et du suicide, c'est-à-dire : professionnels des secteurs de la santé, social, éducatif, jeunesse, collectivités, milieux du travail, gendarmerie, police, associations d'entraide et d'écoute...
Ingénierie/étude de financement	Frais liés à l'organisation d'événements ou de conférence Temps de coordination, préparation
Calendrier	Toute la durée du PRS et PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'événements mis en place. • Nombre de participants. • Taux de satisfaction. • Mobilisation des employeurs. • ...

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

OBJECTIF 4 : RENFORCER LA POSTVENTION	
ACTION 6 : LE RENFORCEMENT DE LA POSTVENTION	
Enjeu(x)	Diminuer le traumatisme psychologique de l'entourage d'une personne ayant fait une TS ou décédée.
Objectifs / schéma cible	Prendre en charge l'entourage des personnes ayant fait une tentative de suicide ou un suicide.
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Sabrina Rohou - Responsable de l'activité Promotion de la Santé - La Mutualité Française Bretagne • M. Xavier Montserrat - Directeur – CH Tréguier • Mme le Dr Rothe - Médecin Chef du service des Urgences - CH Saint-Brieuc • Mme le Dr Le Coz - Médecin Responsable du service Promotion de la Santé en faveur des élèves - Direction Départementale Académique • M. le Docteur Marius Lupascu - médecin psychiatre - Fondation Bon Sauveur Bégard • M. Gaël Thomas - cadre de santé - Fondation Bon Sauveur Bégard • Mme Christine Gosset - Responsable du service Interventions Sociales - MSA
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et rendre visible les acteurs de la postvention. • Identifier les besoins en postvention et proposer des réponses adaptées.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier l'offre de Postvention sur le territoire, ses réussites et ses manques : <ul style="list-style-type: none"> - identifier tous les acteurs concernés par la postvention ; - réaliser une enquête auprès de ces acteurs ; - faire connaître l'offre de postvention à tous les acteurs concernés par le suicide sur le territoire. • Mettre en place des actions favorisant et/ou améliorant la postvention, à partir des besoins identifiés par l'enquête ; ces actions seront définies, en cohérence avec le référentiel sur la postvention en Bretagne élaboré décembre 2007, qui avait émis les préconisations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - informer et sensibiliser (élus, professionnels et grand public) sur la prise en compte de cette problématique ; - repérer les situations de suicide et informer l'entourage et la famille (mise en place de référents dans certaines structures comme la police, gendarmerie, pompiers, hôpitaux, établissements scolaires, entreprises, administrations...); - offrir un accompagnement satisfaisant (mise en place d'une cellule de postvention notamment) ; - clarifier l'activité des associations.
Articulation avec d'autres démarches	<ul style="list-style-type: none"> • Cette fiche intègre des recommandations du « Référentiel sur la postvention en Bretagne » élaboré dans le cadre du PRS Prévenir le suicide en Bretagne en décembre 2007. • Cette fiche s'inscrit en lien avec les fiches n° 1 et 2.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires de la postvention : ARS, Organismes de sécurité sociale, Pays, collectivités, associations d'entraide et d'écoute ou de personnes endeuillées, Centres Hospitaliers, Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes, Direction Départementale Académique, pompiers, gendarmerie, police, élus locaux, médecine du travail, Pompes Funèbres... • Les autres acteurs à mobiliser : tous les acteurs concernés par la problématique de la souffrance psychique et du suicide, c'est-à-dire : professionnels des secteurs de la santé, social, éducatif, jeunesse, collectivités, milieux du travail, associations d'entraide et d'écoute...
Ingénierie/étude de financement	Temps de travail
Calendrier	Toute la durée du PRS et PTS
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de l'enquête. • Identification de recommandations à l'issue de l'enquête.



● THÉMATIQUE N°10. LA PROMOTION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

PRÉAMBULE

Depuis la Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) (article 84) de 2009 inscrivant l'éducation thérapeutique dans le code de Santé publique, celle-ci est devenue une activité structurante de la prise en charge des maladies chroniques dans les établissements de santé et les soins de ville. Sa pratique s'est étendue à de très nombreuses spécialités.

La Conférence de Territoire 7 a retenu la thématique « Promotion de l'accompagnement et de l'éducation thérapeutique du patient » comme un axe prioritaire de son Programme Territorial de Santé.

Ce choix a été motivé par :

- l'inscription de cette thématique dans le Schéma Régional de Prévention du Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 : « Agir auprès des patients et de leur entourage dans une approche globale de santé en développant l'éducation thérapeutique » (Objectif n° 3) ;
- l'organisation transversale, pluri-thématique, multi-professionnelle et territorialisée qui reste à bâtir, dans ce domaine, avec les patients et les professionnels des milieux hospitaliers et de ville sur le Territoire 7.

Trois définitions ont accompagné les réflexions de la Conférence de Territoire 7 :

Promotion de la Santé

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Education thérapeutique du patient

- Pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, ainsi que les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie » ;
- Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), se référant au document de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui elle-même se réfère à l'OMS : « l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

QUELQUES DONNÉES DE CONTEXTE

Le nombre de maladies chroniques est en constante augmentation. Les maladies chroniques touchent en France plus de 15 millions de personnes dont la moitié relève d'une prise en charge au titre des ALD30 (liste des 30 affections de longue durée).

En Bretagne, le taux d'admission en ALD s'élève à 21,7 pour 1 000 contre 20,8 pour 1 000 au niveau national. Ce taux augmente avec l'âge. Parmi les premières causes de mortalité, on relève les pathologies cardiovasculaires et les cancers.

LES PROGRAMMES AUTORISÉS

Depuis les décrets du 02/08/2010, les programmes d'éducation thérapeutique du patient s'inscrivent dans un régime d'autorisation lié à la conformité d'un cahier des charges.

L'ARS a autorisé 207 programmes d'ETP dans la région en 2012, dont 25 % pour le diabète, 15 % pour les maladies cardiovasculaires et 10 % pour les maladies respiratoires. 90 % sont portés par des établissements hospitaliers.

T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
42	18	16	15	65	14	35	2

Autorisation des programmes d'éducation thérapeutique sur le Territoire 7 - Liste de juin 2012

STRUCTURE PORTANT LE PROGRAMME	PATHOLOGIE CONCERNÉE	PUBLIC VISÉ	INTITULÉ DU PROGRAMME
Centre Hospitalier Guingamp	Autres maladies respiratoires	Adultes	Apnée du sommeil
Centre Hospitalier Guingamp	Diabète	Adultes	Diabète de type 1 et 2
Centre Hospitalier Guingamp	Insuffisance cardiaque	Adultes	Insuffisance cardiaque
Centre Hospitalier Guingamp	AVK	Adultes	Patient sous traitement anti-coagulant
Centre Hospitalier Guingamp	Haut risque vasculaire	Adultes	Patient à haut risque vasculaire
Centre Hospitalier Paimpol	Haut risque vasculaire	Adultes	Mieux prendre en charge ma maladie cardiovasculaire
Centre Hospitalier Paimpol	Maladies du système digestif	Adultes	Mieux vivre avec ma stomie
Centre Hospitalier Spécialisé Bégard	Psychiatrie et santé mentale	Adultes	L'atelier du médicament; démarche en ET centrée sur les médicaments psychotropes
Centre Hospitalier Lannion	Diabète	Adultes	ET diabète type I
Centre Hospitalier Lannion	Diabète	Adultes	ET diabète de type II
Centre Hospitalier Lannion	Diabète	Adultes	Insulinothérapie sous-cutanée par pompe portable
Centre Hospitalier Lannion	Insuffisance cardiaque	Adultes	ET insuffisant cardiaque
Centre Hospitalier Lannion	Haut risque vasculaire	Adultes	Patients athéromateux et/ou à hauts Risques vasculaires
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Asthme	Adultes	École de l'asthme
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Obésité	Adultes	École de l'alimentation
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Obésité	Adultes	Obésité adulte
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Ostéo-articulaire	Adultes	ET pour les rhumatismes inflammatoires chroniques traités par biothérapies
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Dermatologie	Adultes	ET pour les psoriasis traités par biothérapies
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Mucoviscidose	Enfants	Mucoviscidose des enfants et adolescents
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	BPCO	Adultes	<i>BPCO broncho-pneumopathie obstructive</i>
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Diabète	Adultes	École du diabète
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Diabète	Adultes	Diabète insulino-traité
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Diabète	Adultes	Insulinothérapie fonctionnelle
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Insuf. Rénale chronique/Dialyse	Adultes	Education au traitement par la dialyse

SUITE

STRUCTURE PORTANT LE PROGRAMME	PATHOLOGIE CONCERNÉE	PUBLIC VISÉ	INTITULÉ DU PROGRAMME
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Insuf. Rénale chronique/Dialyse	Adultes	Observance du traitement chez les insuffisants rénaux dialysés
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Haut risque vasculaire	Adultes	Athérome
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	AVK	Adultes	Anticoagulants oraux
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Insuffisance cardiaque	Adultes	Insuffisance cardiaque
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Haut risque vasculaire	Adultes	Hypertension artérielle
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Maladies du système digestif	Adultes	Patients porteurs de stomies
Centre Hospitalier Saint-Brieuc	Hépatites	Adultes	Hépatite c
Centre Hospitalier Privé (Clinique du Littoral) Saint-Brieuc	Maladies du système digestif	Adultes	ET des patients stomisés
Clinique du Val Josselin Yffiniac	Psychiatrie et santé mentale	Adultes	Groupe de psychoéducation destiné aux patients atteints de troubles dépressifs récurrents et/ou chroniques et à leurs familles
Diabète En Trégor Lannion	Diabète	Adultes	ET pour patients diabétiques de type II
Prevarmor Hillion	Haut risque vasculaire	Adultes	Accompagnement éducatif du patient à haut risque cardio-vasculaire

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

- **Une définition**

« Tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. »

- **Quel objectif ?**

L'objectif de l'Activité Physique Adaptée est d'améliorer l'état de santé, l'autonomie, la qualité de vie et la participation sociale des usagers. Indirectement, la pratique des Activités Physiques Adaptées permet de limiter les coûts de santé.

- **L'offre sur le Territoire 7**

2 acteurs majeurs proposent des programmes d'Activité Physique Adaptée :

La Mutualité Française Côtes d'Armor propose via son programme Actimut une alternative à la pratique physique et sportive traditionnelle et répond à la nécessité de permettre à tous d'accéder à une pratique physique adaptée. Ce service préventif de la Mutualité Française Côtes d'Armor est composé d'un ensemble d'activités physiques adaptées aux capacités de personnes présentant des problèmes de santé et aux personnes âgées en perte d'autonomie. Le programme est proposé sur une large partie du Territoire 7 : à Saint-Brieuc, à Guingamp ainsi qu'à Lannion et Paimpol en partenariat avec le Club Cœur et Santé.

L'IREPS Bretagne (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) propose un programme d'Activité Physique Adaptée à Carhaix (Territoire 1, mais cible la population costarmoricaine).



NUTRITION

- **Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)**

Lancé en 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

14 communes du territoire 7 (Saint-Brieuc Agglomération) ont adhéré au Réseau des Villes Actives du PNNS, s'engageant ainsi à créer un environnement favorable à une bonne nutrition pour leurs concitoyens.

- **L'offre sur le territoire 7**

En ville ou au sein d'équipes hospitalières, les diététiciens sont les experts en nutrition.

56 diététiciens exercent sur le Territoire 7, dont les ¾ sont salariés.

Répartition par pays des diététiciens exerçant sur le Territoire 7

PAYS DE SAINT-BRIEUC	PAYS DE GUINGAMP	PAYS DU TRÉGOR-GOËLO
27	6	23

La Mutualité Française Bretagne propose un programme de prévention des maladies cardiovasculaires.

« Nutrimut » a pour objectif de permettre aux personnes présentant un surpoids d'acquies de nouvelles habitudes alimentaires

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

L'accompagnement et l'éducation thérapeutique doit permettre aux malades de vivre mieux avec leur maladie, tout en essayant de réduire ou retarder le plus longtemps possible l'apparition des complications et en améliorant leur qualité de vie.

Fort de ce constat, le groupe de travail a identifié plusieurs enjeux :

- promouvoir et valoriser l'ETP auprès des patients et des professionnels de santé ;
- promouvoir des comportements favorables à la santé ;
- réduire les inégalités sociales de santé.

La thématique retenue étant particulièrement vaste, le groupe de travail a décidé d'expérimenter, dans le domaine cardio-vasculaire, la réalisation de plusieurs actions déclinées ci-dessous pour, dans un second temps, et après évaluation, étendre les bonnes pratiques à l'ensemble des maladies chroniques.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

OBJECTIF 1 : INFORMER ET COMMUNIQUER SUR LES PROGRAMMES ET OUTILS EXISTANTS

- **Action n° 1 :** Création et diffusion d'outils.
- **Action n° 2 :** Organisation d'une rencontre entre professionnels de santé du Territoire 7 sur le thème de l'éducation thérapeutique du patient.

OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR ET ANIMER L'ACCOMPAGNEMENT ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT SUR LE TERRITOIRE 7 EN VEILLANT À LA COORDINATION DES ACTEURS DE TERRAIN

- **Action n° 3 :** Mise en œuvre d'une plateforme de coordination d'ETP.

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

OBJECTIF 1 : INFORMER ET COMMUNIQUER SUR LES PROGRAMMES ET OUTILS EXISTANTS	
ACTION 1 : CRÉATION ET DIFFUSION D'OUTILS	
Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Aider le plus grand nombre de patients et leur famille, porteurs d'une maladie chronique, à acquérir ou maintenir les compétences pour gérer au mieux leur maladie (définition OMS). • Faire connaître aux professionnels de santé l'offre existante en ETP.
Objectifs / schéma cible	Informers les acteurs et les patients sur l'offre disponible en éducation thérapeutique sur les territoires.
Pilotes de l'action	Mme Le Dr Provost – Cardiologue – CH Lannion
Portage de l'action	<i>À déterminer</i>
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible l'information à la fois pour le grand public, les patients et leur famille, et les professionnels de santé. • Créer un support d'information reprenant les actions d'ETP en cours sur le territoire 7. • Pérenniser les outils existants.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrer les professionnels de santé, les réseaux de santé, les associations d'usagers, les organismes de formation professionnelle, etc. concernés par cet enjeu. <p>BROCHURE D'INFORMATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place un groupe de travail chargé d'élaborer une brochure d'information recensant l'ensemble des actions pérennes d'ETP sur le territoire; - définir une charte graphique ludique; - déterminer la cible visée et le nombre d'exemplaires à imprimer; - définir un plan de diffusion auprès des professionnels de santé, de leurs patients et de leur entourage; - prévoir la mise à jour annuelle de la brochure; - identifier les sites web pertinents susceptibles de relayer l'information, dont ameli.fr et les sites des URPS; - négocier, avec leurs responsables, la création d'un encart de communication sur ces sites. <p>CLASSEUR « ETP PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soutenir la diffusion du classeur « ETP pathologies cardio-vasculaires », crée en 2012 par un collectif d'acteurs de santé du territoire 7; - s'assurer de son appropriation par les professionnels de santé et par les patients; - pérenniser sa diffusion et son financement; - encourager son déploiement aux autres pathologies chroniques.
Articulation avec d'autres démarches	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Action 2 : Organisation d'une rencontre entre professionnels de santé du Territoire 7 sur le thème de l'éducation thérapeutique du patient • Articulation avec le groupe régional animé par l'ARS
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • Établissements de santé • Associations d'usagers • Caisses primaires d'assurance maladie • URPS • Acteurs de prévention (Mutualité française, IREPS, Kiné Ouest Prévention...) • Réseaux de santé • animateurs territoriaux de santé (ATS) • Organismes de formation agréés, Unifaf, ANFH • Conseil Général 22
Ingénierie/étude de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Création du design de la brochure par une agence de communication : chiffrage à réaliser. • Impression et diffusion (papier et web) : chiffrage à réaliser. • Réédition du classeur ETP. • Temps consacré aux rencontres avec les partenaires à mobiliser : chiffrage à réaliser. • Valorisation du temps humain cofinancés par les structures : chiffrage à réaliser. • Financement sous réserve des moyens disponibles.
Calendrier	2013 : Mise en place du groupe de travail sur la brochure d'information
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients ayant bénéficié du classeur « ETP pathologies cardio-vasculaires ». • Nombre de sites web ayant diffusé la brochure d'information. • Nombre de brochures téléchargées.

OBJECTIF 1 : INFORMER ET COMMUNIQUER SUR LES PROGRAMMES ET OUTILS EXISTANTS
**ACTION 2 : ORGANISATION D'UNE RENCONTRE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU TERRITOIRE 7
SUR LE THÈME DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

Enjeu(x)	<ul style="list-style-type: none"> • Aider le plus grand nombre de patients porteurs d'une maladie chronique, et leur famille, à acquérir ou maintenir les compétences pour gérer au mieux leur maladie (définition OMS). • Faire connaître aux professionnels de santé l'offre existante en ETP.
Objectifs / schéma cible	Informers les acteurs et les patients sur l'offre disponible en éducation thérapeutique sur les territoires.
Portage de l'action	La Mutualité Française Bretagne.
Plan d'actions	Pérenniser la rencontre biennale d'ETP sur le territoire 7 et promouvoir l'information continue des professionnels de santé.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un comité de pilotage chargé d'organiser la rencontre biennale d'ETP de 2014. • Définir le contenu, les intervenants et les partenaires. • Définir les modalités pratiques d'organisation. • Recenser et inviter les potentiels participants. • Relayer l'information le plus largement possible, notamment via les URPS, afin de susciter des inscriptions des professionnels de santé. • Évaluer la journée d'information à chaud, puis à froid. • Évaluer l'évolution des pratiques professionnelles des participants. • Réfléchir à la possibilité d'un partenariat avec un organisme de formation agréé permettant l'inscription de ce congrès dans une démarche de DPC (Développement Professionnel Continu) des Professionnels de Santé.
Articulation avec d'autres démarches	Articulation avec les démarches de formation continue des professionnels de santé. Cf. Action 1 : Création et diffusion d'outils.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • URPS • animateurs territoriaux de santé (ATS) • Conseil Général 22 • Organismes de formation agréées, Unifaf, ANFH • Structures de prévention (Mutualité française, IREPS, Kiné Ouest Prévention...) • Associations d'usagers • Caisses primaires d'assurance maladie
Ingénierie/étude de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Estimation du coût de la rencontre biennale : 5 000 € • Valorisation du temps humain co-financé par les structures : 30 000 € • Financement sous réserve des moyens disponibles
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • 2013 : Mise en place du comité de pilotage • 2014 : Organisation du Congrès – évaluation
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Effectivité d'une rencontre biennale (2012-2014-2016). • Taux de satisfaction des participants à chaud, puis à froid. • Mesure de l'évolution des pratiques professionnelles et/ou des positionnements personnels.

II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES RETENUS PAR LA CONFERENCE DE TERRITOIRE 7

OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR ET ANIMER L'ACCOMPAGNEMENT ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT SUR LE TERRITOIRE 7 EN VEILLANT À LA COORDINATION DES ACTEURS DE TERRAIN

ACTION 3 : MISE EN ŒUVRE D'UNE PLATEFORME DE COORDINATION D'ETP

Enjeu(x)	Optimiser l'efficacité des actions d'ETP en cours sur le territoire 7
Objectifs / schéma cible	<ul style="list-style-type: none"> • Fédérer les acteurs en charge de l'ETP. • Fédérer et pérenniser les actions d'ETP en cours.
Portage de l'action	Réseau « Diabète en Trégor ».
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Expérimenter et évaluer l'intérêt d'une plateforme de coordination d'ETP de pathologies cardio-vasculaires sur le territoire du Trégor, portée par le réseau « Diabète en Trégor ». • Accompagner la connaissance du classeur ETP de pathologies cardio-vasculaires auprès des patients (créé en 2012 par un collectif d'acteurs de santé du territoire 7) et secondairement l'évaluer en temps qu'outil favorisant la coordination. • Élargir cette action à l'ensemble du territoire et/ou à des pathologies chroniques, en fonction des résultats de l'évaluation.
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le rôle et les missions de la plateforme de coordination. • Identifier l'ensemble des acteurs et recenser les actions menées. • Constituer un fichier informatisé accessible aux soignants basé sur l'idée du Plan Personnalisé de Santé et des missions princeps des réseaux.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau « Diabète en Trégor » • Associations de patients • Établissement de santé • Professionnels de santé libéraux • Caisses d'assurance maladie • Conseil Général 22
Ingénierie/étude de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un poste de chargé de mission. • Financement sous réserve des moyens disponibles.
Calendrier	2013 : lancement de la phase d'expérimentation
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des membres inscrits et leurs statuts, type d'institutions représentées et degré d'implication. • Taux de représentativité par catégorie d'acteurs et taux d'évolution de leur participation. • Calendrier des rencontres. • Comptes-rendus de réunions.

