

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

● B. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES AU SROS ET AU SROMS

1. PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES ET EN PERTE D'AUTONOMIE

1.1 PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

L'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de 75 ans et les besoins spécifiques en soins et en accompagnement obligent à adapter le système de soins et de prise en charge.

L'offre sanitaire et médico-sociale doit être mieux structurée sur un territoire et adaptée au caractère évolutif des besoins des patients atteints d'affections chroniques et progressives, sources d'incapacités fonctionnelles pouvant aller jusqu'à la dépendance.

L'offre implique une prise en charge pluri-professionnelle, en interdisciplinarité, organisée dans le cadre « d'un réseau de soins de proximité multi-partenarial et d'une filière hospitalière » intégrant, en étroite coordination avec les professionnels de soins de ville et les structures médico-sociales et sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques. C'est pourquoi il convient de s'engager vers une organisation et des coopérations centrées autour d'un parcours de vie coordonné, comprenant le soin et l'accompagnement de la personne âgée et des aidants.

L'amélioration de l'accès du patient gériatrique à un soin et à un accompagnement adaptés suppose la mise en place d'une organisation territoriale en filière(s) gériatrique(s) hospitalière et non hospitalière. Celle-ci doit répondre aux besoins évolutifs de santé, de soins et d'accompagnement couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée.

L'organisation s'appuie sur l'ensemble des acteurs et structures assurant ou participant à la prise en charge des patients au premier rang desquels les médecins et les professionnels de soins de ville, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les EHPAD, les structures sociales comme les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer), les SAAD (Service d'Aide à Domicile) et intègre également la prise en charge spécialisée en psychiatrie.

L'offre médico-sociale concerne les EHPAD, les services à domicile (SSIAD et SAD) et les CLIC. L'offre de soins ambulatoire concerne les réseaux gérontologiques, la médecine de ville et les professionnels paramédicaux libéraux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.).

L'offre hospitalière comporte différentes unités fonctionnelles organisées en filières de soins :

- un pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultations et/ou hôpital de jour gériatrique ;
- une unité de court séjour gériatrique ;
- une équipe mobile de gériatrie ;
- des soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ;
- des soins de longue durée.

Le fonctionnement de ces structures en filière hospitalière de soins gériatriques doit permettre d'optimiser les séjours hospitaliers et d'éviter les passages inadéquats par les urgences.

L'organisation coordonnée de ces niveaux de prise en charge est appelée « filière gériatrique ». Associée à l'ensemble des acteurs médico-sociaux et sociaux, elle met en œuvre une action gérontologique.

L'organisation de la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques est mentionnée depuis 10 ans, dans les rapports, études, plans de santé publique et circulaires ayant trait à la réponse sanitaire et sociale du vieillissement, sous la forme de filières gériatriques.

C'est donc le mode opératoire reconnu comme le moyen d'articuler la réponse médicale et d'accompagnement, la plus efficace pour les personnes âgées avec la prise en compte des caractéristiques sociales, environnementales et de relais médico-social dans un cadre économique le plus rigoureux.

1.2. DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

La grande majorité des personnes âgées de plus de 75 ans vit à domicile. Certaines d'entre elles bénéficient de l'aide d'un ou plusieurs intervenants professionnels de santé. 10 % seulement des personnes âgées ont recours au dispositif d'hébergement et/ou hospitalier.

De ce fait la médecine de ville et les professionnels de soins libéraux représentent les premiers interlocuteurs des personnes âgées.

Deux dispositifs institutionnels interviennent de manière graduée en recours sur la base des besoins de soins et d'accompagnement repérés.

1.2.1 Les schémas gérontologiques des quatre départements envisagent les coordinations des interventions en faveur des personnes âgées

a) La planification du dispositif d'hébergement et d'accompagnement départemental

Département des Côtes d'Armor : Bien Vieillir en Côtes d'Armor (2009 -2013) : structurer le secteur de l'aide à domicile, rénover les établissements, favoriser l'optimisation et la mutualisation des ressources matérielles et humaines ou la mise en valeur du travail de coordination et de réseau à partir des 6 pays et 9 CLIC.

Département du Finistère : 3^e schéma gérontologique, bien vieillir en Finistère (2008 – 2013) : permettre la vie à domicile et prévenir la dépendance, concevoir des modes d'accueil appropriés à chaque situation, promouvoir un accompagnement de qualité, améliorer la coordination des acteurs et l'information.

Département d'Ille-et-Vilaine : 4^e actualisation du schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine (2005- 2010) (prorogé jusqu'en 2014) 2010-2014 : les services à domicile : développer et adapter une offre d'équipements et de services en réponse aux besoins recensés : les créations de places médicalisées et de places spécifiques pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sont privilégiées, maintien d'une offre financièrement accessible, développer un hébergement de proximité et de qualité adapté aux différentes situations, avec l'utilisation d'outils permettant de mieux appréhender la qualité, une démarche largement concertée à travers une forte coordination gérontologique.

Département du Morbihan : 3^e schéma gérontologique « Une question nationale, un défi engageant le département, un parcours de vie » (2011 – 2015) : agir sur l'environnement social. Disposer de services à domicile en adéquation avec les besoins, favoriser les solutions adaptant ou complétant le domicile, accompagner l'amélioration de l'offre en établissements en veillant à son accessibilité financière, organiser la cohérence des actions d'information et de coordination, action expérimentale sur le territoire de Pontivy Communauté.

b) La mise en œuvre de la coordination des dispositifs dans chaque schéma

Dans le schéma gérontologique des Côtes d'Armor, la coordination gérontologique est appréhendée de manière concrète, dans l'axe consacré au développement de réponses nouvelles relatives à la dépendance psychique, à la gestion de l'urgence ou aux sorties de l'hospitalisation et repose sur le renforcement de l'information et de la communication entre les partenaires, les familles et les personnes âgées.

Dans le schéma gérontologique du Finistère, la coordination gérontologique est un des axes de la politique gérontologique du département et elle repose sur :

- l'amélioration de la coordination entre les structures est définie comme un moyen de simplification pour tous (dossier unique d'inscription en établissements, gestion informatisée des listes d'attente, anticipation des urgences, développement des actions de coopération, favoriser les rapprochements CLIC – réseau et la sensibilisation du secteur sanitaire au secteur social...);
- la coordination entre les intervenants repose sur une meilleure connaissance mutuelle des professionnels qui accompagnent les personnes âgées à domicile ;
- le développement de l'information aux usagers et à leurs familles à travers les Conseils de vie sociale dans les établissements.

Dans le schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine, la coordination est également prévue et existe autour d'instances spécifiques en sus de la Direction PA-PH du Conseil Général en lien au niveau local avec les 7 Agences Départementales, correspondants aux pays, ouvertes depuis janvier 2010.

- Le Comité Départemental des Retraités et des Personnes âgées et de l'action gérontologique (CODERPAG) qui regroupe 64 membres sous l'autorité du Président du Conseil Général.
- Les Comités d'Observation de la Dépendance et de la Médiation (CODEM) mis en place sur les 16 secteurs gérontologiques du département.

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

Ces comités regroupent : les CLIC, les représentants des Collectivités locales, les SSIAD, les Établissements de santé et les ESMS (Etablissements et Services Médico-Sociaux), les professionnels de santé, les équipes médico-sociales chargées de l'APA, les clubs de retraités, les élus ; Ils proposent les actions à mettre en œuvre sur leur territoire pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et s'appuient sur les réflexions menées par les groupes de travail issus de la démarche qualité 35 qui rassemblent les partenaires de l'accueil des personnes âgées en établissements : FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne), FHF (Fédération Hospitalière de France), UDCCAS (Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale), URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux), FNADEPA (Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et Services pour personnes Agées), CEPA 35 (Association des chefs d'Etablissements d'Accueil de Personnes Agées), maison de la consommation et de l'environnement.

Dans le schéma gérontologique du Morbihan qui vient d'être approuvé par l'assemblée départementale, la mise en œuvre des actions passe par l'instauration de 7 territoires d'action gérontologique, lesquels regroupent plusieurs territoires intercommunaux constituant des territoires pertinents d'analyse des besoins. Ces territoires d'analyse serviront de support à la détermination des territoires de projets susceptibles d'être lancés par le département et l'ARS dans le cadre des appels à projets.

Cette organisation de la cohérence des actions d'information et de coordination passera par la mise en place de plateformes territoriales d'information et de coordination sur des territoires intercommunaux regroupés :

- englobant les 2 dispositifs actuels (6 CLIC et 30 relais gérontologiques) pour l'affichage d'une meilleure lisibilité pour l'utilisateur et les professionnels ;
- offrant un panel complet des missions d'information, d'évaluation et de coordination sur des territoires pertinents, de dimension suffisante adaptée aux besoins ;
- intégrant des dispositifs de coordination du champ sanitaire ;
- constituant une porte d'entrée unique dans le système sanitaire et social et à l'instar des MAIA, réaliseront l'intégration du sanitaire et du médico-social au plan local, en disposant de coordonnateur.

Ces plateformes seront complétées par la mise en place d'un comité départemental de l'information et de la coordination gérontologique sous la responsabilité du Président du Conseil Général.

Ce comité sera composé d'élus départementaux, intercommunaux, de représentants des plateformes d'information et de coordination, des représentants des institutions et organismes intervenant dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Il aura un rôle d'analyse et d'observation de l'action gérontologique dans les territoires.

1.2.2 L'organisation hospitalière repose sur 17 filières hospitalières

Dans le volet actualisé en octobre 2009, « prise en charge des personnes âgées » du SROS 3, 17 filières hospitalières de soins gériatriques ont été identifiées sur la région Bretagne et couvrent un territoire qui concerne près de 80 à 85 % de la population bretonne âgée de 75 ans et plus (308 000 habitants). 10 filières sont complètes ou en voie de l'être et ont organisé les 5 composantes hospitalières. 7 filières sont donc incomplètes pour un total de 12 composantes manquantes (de 1 à 3 composantes par filière), à savoir 2 courts séjours gériatriques, 1 soins de suite et de réadaptation (SSR) pour personnes âgées potentiellement dépendantes (PAPD), 2 Unité de soins de longue durée (USLD), 4 équipes mobiles de gériatrie, 3 hôpitaux de jour.

a) Sur la région, quelques secteurs géographiques ne sont pas rattachés formellement à une filière.

Il s'agit d'une part :

- du centre Finistère, autour de Carhaix et Chateauneuf-du-Faou et Pont-l'Abbé et ses alentours dans le département du Finistère (29) ;
- du canton de Saint-Jean-Brévelay dans le département du Morbihan (56) ;
- de Lannion – Perros-Guirec et une partie de Plouha – Lanvollon – Plouagat – Châtelaudren dans le département des Côtes d'Armor (22).

D'autre part, le territoire 5 en Ille-et-Vilaine est inégalement couvert avec un chevauchement important des filières. Par ailleurs 3 établissements de ce territoire souhaitent conforter l'offre de soins gériatriques et développer une filière mais n'offrent à ce jour que quelques composantes (manque pour ces établissements : 3 hôpitaux de jour, 1 équipe mobile de gériatrie, 1 court séjour gériatrique). L'ouest du département (Montfort sur Meu, St Méen le Grand, Montauban de Bretagne, Plélan le Grand) n'est rattaché à aucune filière hospitalière, même si des relations de travail existent avec le CHU de Rennes.

Les filières se déclinent sur des territoires de taille très variable allant de 4 000 à près de 33 000 personnes âgées de plus de 75 ans (taille moyenne proche de 18 000 personnes âgées de plus de 75 ans, médiane de 17 000).

Sur les 21 hôpitaux de proximité (ex-hôpital local ou rural), 3 sont supports d'une composante d'une filière, 10 ont des conventions signées avec l'établissement support de la filière, 3 ont des partenariats informels, 5 ne sont pas cités.

La fluidité au sein de la filière a des répercussions sur les durées moyennes de séjour des hospitalisations et est facilitée par la présence d'un CLIC ou d'un réseau.

La fluidité pose des problèmes dans certaines filières avec un retentissement sur les durées moyennes de séjour trop longues en court séjour et SSR. Des améliorations sont souhaitées en ce qui concerne l'entrée dans la filière pour 6 d'entre elles et en aval pour 12 filières. Le manque de places en SSR et EHPAD avec des délais d'attente de plusieurs mois se répercute sur les possibilités d'entrée et de réactivité dans les services d'amont. Les filières déclarant une fluidité satisfaisante en aval de leurs composantes sont structurées via le réseau et/ou le CLIC et/ou le comité local et/ou la fédération de gérontologie et/ou l'association locale de coordination... Pour 3 de ces filières, il existe un réseau gérontologique sur leur territoire d'intervention.

Les 2/3 des filières estiment que l'accès au plateau technique est satisfaisant.

Les difficultés sont dues à des délais parfois longs pour des actes/bilans radiologiques ou cardiologiques. Les délais s'expliquent parfois par l'éloignement des sites, par des relations entre les services peu personnalisées et/ou des services avec une faible sensibilité aux problématiques gériatriques.

La coordination avec les partenaires extra-filière reste perfectible en particulier sur la clarification des rôles, notamment entre sanitaire et social.

L'articulation avec les différents partenaires médico-sociaux, libéraux ou autres établissements de proximité est jugée bonne pour 5 filières, plutôt moyenne dans les 12 autres. Elle reste perfectible dans toutes les filières, notamment en raison de problèmes de manque ou d'empilement des acteurs et des rôles, dans la coordination du maintien à domicile notamment entre sanitaire et social.

Ceci se traduit également par le peu d'outils partagés avec les partenaires : en effet, la quasi-totalité des filières ont développé des outils communs utilisés au sein des différentes composantes. Seules 6 filières partagent ces outils avec les partenaires extra hospitaliers.

Les prises en charge spécifiques (psycho gériatrie, Alzheimer, soins palliatifs), sont globalement présentes dans toutes les filières, notamment pour les soins palliatifs.

Pour la psycho-gériatrie, seules 3 filières offrent des locaux sanitaires dédiés et adaptés à la patientèle souffrant de maladie d'Alzheimer. D'une manière générale, les services hospitaliers rencontrent des difficultés à prendre en charge correctement les quelques situations de crise rencontrées annuellement.

La couverture du besoin en court séjour gériatrique est globalement satisfaisante.

Il existe 15 unités de court séjour gériatrique et on recense 2 filières sans court séjour gériatrique. Les filières proposent ainsi 463 lits de court séjour à comparer aux 6 000 lits de médecine en Bretagne (7.7 % des lits de médecine - source SAE).

Les dimensionnements en lits des services sont conformes aux recommandations, à deux exceptions près : sur 15 unités de court séjour gériatrique, une unité ne dispose que de 15 lits (minimum de 20 lits / circulaire du 28 mars 2007) et 5 unités ont un nombre important de lits.

En 2009, la part des séjours en court séjour gériatrique est d'environ 7 % (source SAE) pour les personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées en médecine.

Le fonctionnement des filières est cependant très hétérogène sur les modalités d'accès ou sur la préparation de la sortie avec des répercussions sur les DMS très variables.

La part des entrées après passages par les urgences est hétérogène : ainsi, pour les 14 filières dont les données sont disponibles, les pourcentages des entrées après passages aux urgences oscillent entre 15 % et 84,5 % et trois filières seulement ont un taux inférieur à 50 %.

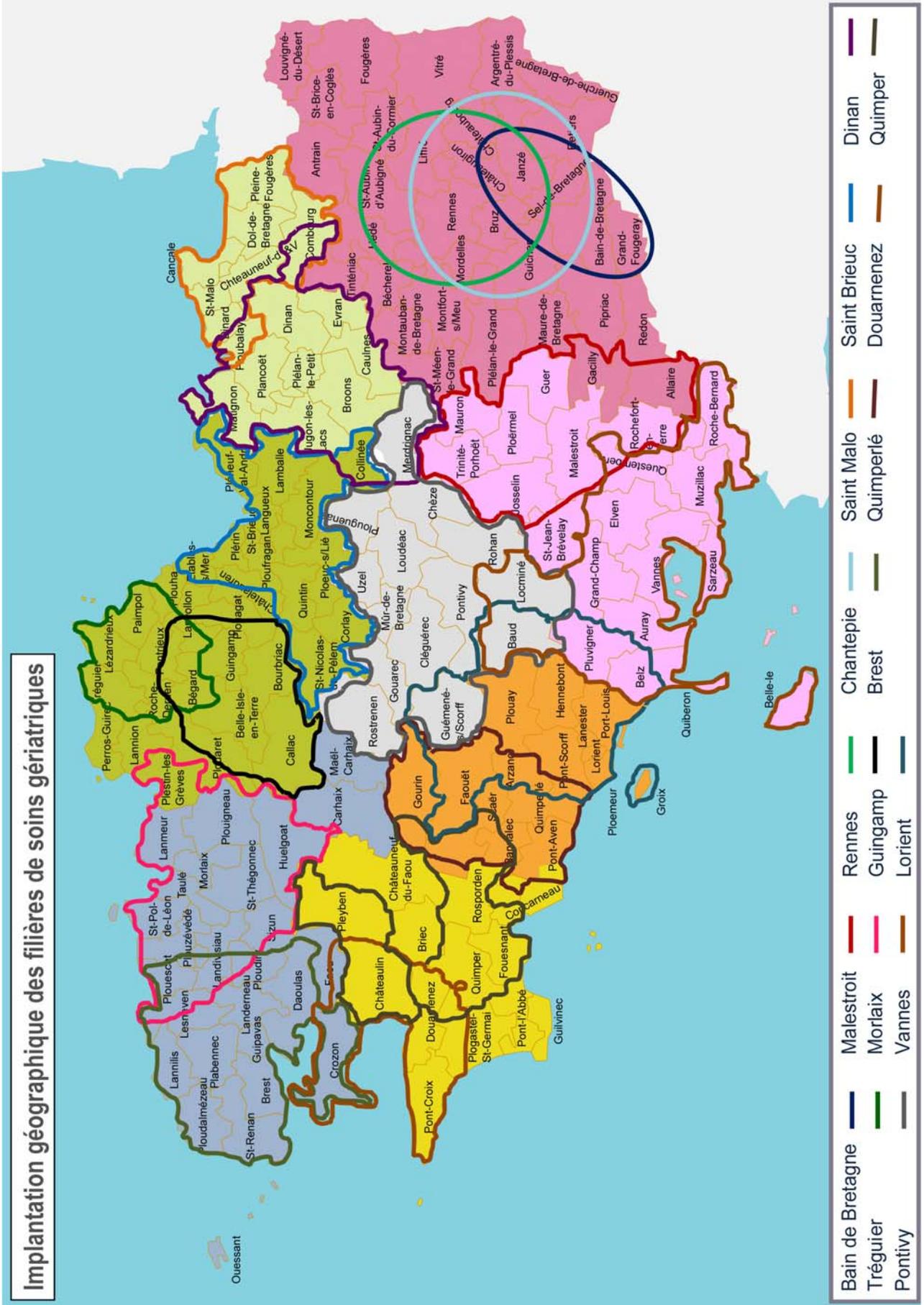
Concernant les entrées programmées (données renseignées dans 10 filières), le délai des entrées programmées oscille entre 24h et 5 à 6 jours ; 3 filières ont un délai de 1 jour.

La programmation des sorties est réalisée, mais le mode d'organisation de la sortie diffère selon les établissements.

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés.

Réalisation et source : société ICONES, 2010



La durée moyenne des séjours varie de 7,36 jours à 18,2 jours.

7 unités ont une durée moyenne de séjour inférieure à 11 jours et 2 unités ont des DMS supérieures à 14 jours.

Une tendance semble se dégager sur l'influence des modalités de programmation de sortie sur la DMS. Globalement, les sorties sont anticipées le plus précocement au sein des filières (dans les 48h suivant l'arrivée en court séjour voire même dès le passage aux urgences, staffs quotidiens d'organisation des sorties).

Toutefois, on retrouve aussi des procédures d'organisation des sorties dans les unités dont la durée moyenne de séjour est supérieure à 11 jours.

Une filière du territoire de santé n° 5 a des difficultés réelles dans l'organisation des sorties et n'arrive pas à tenir les délais fixés de sortie surtout en raison d'un manque de cohésion des différentes composantes au sein de la filière.

Enfin, les taux de réhospitalisation à 60 jours (seulement renseignés par 3 filières) varient de à 3,10 % à 14 %.

Les fonctionnements et DMS des services de soins de suite et de réadaptation (lien avec fiche SSR) diffèrent selon les difficultés liées à la sortie.

Aucun lien n'a pu être mis en évidence entre les DMS de court séjour et de SSR. Le délai d'admission varie de 4 à 10 jours pour 11 des 16 filières. Le pourcentage d'entrées en provenance du domicile est globalement jugé marginal. Les délais de sortie ne sont disponibles que pour 7 filières et sont très hétérogènes : de 4-5 jours à 3 mois, selon que la sortie s'opère vers le domicile ou vers une USLD.

Outre les difficultés rencontrées pour faire sortir les patients du fait de manque de places d'aval ou de problèmes d'organisation du maintien à domicile, le mode d'organisation et d'anticipation interne des sorties au sein des services peut également avoir un impact sur la durée de séjour des patients.

Ainsi, on observe que les filières dont les DMS sont les plus courtes sont également celles qui anticipent et préparent la sortie du service le plus précocement possible (dès le jour de l'entrée pour la plupart).

Les unités de soins de longue durée ne s'intègrent pas toujours dans une filière gériatrique hospitalière et la partition avec les EHPAD n'est pas entièrement réalisée.

2 des 17 filières identifiées en Bretagne ne disposent pas de service d'USLD dans le même établissement. Cependant elles disposent de grosses unités d'hébergement (EHPAD) de respectivement 252 et 288 lits et l'une d'entre elles s'appuie sur l'unité d'USLD de 30 lits d'un établissement voisin. 9 filières disposent d'1 USLD, 5 de 2 USLD et 1 de 3 USLD, soit 22 USLD au total rattachées à 15 filières. **Il y a ainsi 1 034 lits d'USLD rattachés à une filière pour un nombre théorique attendu de 1 640 lits** (sur la base de 6 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans) mais qui doit intégrer toutes les USLD.

Certaines USLD bretonnes ne sont rattachées à aucune filière ; c'est le cas des USLD dépendant d'établissements non rattachés à des filières existantes ou sur des territoires non couverts, des USLD dépendant d'établissements psychiatriques.

Le dimensionnement est très hétérogène d'une filière à l'autre allant de 30 lits à 152 lits, les deux plus grands services se trouvant au sein des deux CHU. Enfin, pour seulement 8 des 22 USLD répertoriées, l'établissement a distingué les lits d'USLD des lits d'EHPAD. La permanence des soins (médecin, infirmiers diplômés d'Etat, aide soignante) est assurée dans toutes les filières, sauf pour les territoires de santé 4 et 8.

Les équipes mobiles gériatriques jouent un rôle essentiel dans le développement d'une culture gériatrique partagée, mais leur activité est très diverse et doit être mieux évaluée.

Les 16 équipes mobiles gériatriques (EMG) sont présentes dans 13 des 17 filières identifiées en Bretagne. 3 filières ont 2 EMG et 4 n'en sont pas pourvues, sur les territoires de santé 2, 5 et 8. Pour certains établissements, l'absence d'EMG intra-hospitalière est logique puisqu'ils sont gériatriques dans leur ensemble.

- 15 EMG ont une activité intra-hospitalière dont 9 exclusivement
- 5 EMG ont une activité extra-hospitalière dont 1 exclusivement, sur le territoire de santé 7
- 4 EMG font donc les deux types d'interventions intra et extra-hospitalières

Les interventions intra-hospitalières des EMG concernent pour 11 d'entre elles : les services non gériatriques dont 4 exclusivement ; pour 11 d'entre elles : les urgences dont 4 exclusivement.

L'équipe mobile gériatrique joue un rôle essentiel dans le développement d'une culture gériatrique partagée, en intra comme en extra-hospitalier : protocoles, signaux de pré-alerte, conseils pour une prise en charge globale de la personne âgée...

Le nombre d'interventions et leur contenu sont extrêmement variables suivant les EMG. Le détail est mal connu dans les données voire souvent non renseigné. Ainsi, la file active n'est connue que 6 fois sur 16.

Le nombre d'évaluations est le plus renseigné, le nombre d'interventions nettement moins. En analysant conjointement les deux, l'activité (éva-

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

luations et interventions cumulées) varie de 100 à 2000 actes par EMG. Si l'on rapporte cet indicateur au personnel, « l'activité » par unité de personnel (médecin + infirmière) varie de 60 à 2250. Ces deux derniers indicateurs ne reflètent donc pas réellement l'activité semble-t-il très diverse de ces EMG.

Il est probable que suivant les lieux, l'organisation des établissements, les compétences, les historiques locaux, les EMG notamment à leur démarrage ont été orientées vers des activités très différentes pour pallier les besoins immédiats : urgences, services, extra-hospitaliers, formations, évaluations, retours à domicile etc. L'importance de l'intervention des EMG aux urgences est à souligner. Une analyse fine de ces diversités d'interventions et de besoins est à réaliser.

Les délais d'intervention, quand ils sont indiqués, sont en général assez bons du jour même à 2 jours, pour l'intervention dans les services et d'environ une semaine en extra-hospitalier.

La présence ou non d'EMG n'est pas liée à l'importance du territoire des filières.

La fluidité interne des prises en charge est déclarée meilleure en cas de présence d'une EMG. Ce point vaut pour la fluidité en amont, pas pour celle en aval.

La coordination avec les partenaires de la filière est en général estimée un peu meilleure en présence d'une EMG. Plus particulièrement, cet aspect positif est cité pour le CLIC, les EHPAD et un peu l'HAD.

Le fonctionnement des courts séjours pour les 2 filières sans EMG est semblable sur le plan général à celui des courts séjours avec EMG. **La durée du séjour est toutefois un peu plus longue dans les deux filières sans EMG** comparée aux filières avec EMG. Pour les indicateurs de ratio de personnel, médecins, infirmier(e)s, AS, de passage par les urgences, de délais d'entrée, de sorties programmées ou de ré hospitalisations, il n'y a pas de différences repérables ou d'informations suffisamment fiables.

L'avis général déclaré sur le fonctionnement du SSR est un peu meilleur en présence d'une EMG. Aucune autre différence n'est notable ou fiable en termes d'activité ramenée au territoire, de durée de séjour, de ratio de personnel, de délai d'admission ou de sortie.

Comme pour le SSR, seul l'avis sur le fonctionnement général de la composante est déclaré un peu meilleur quand il y a présence d'une EMG, aucune autre différence n'est observée ou fiable sur les autres indicateurs : taille par territoire, personnel, délais.

14 filières parmi les 17 filières ont un hôpital de jour et toutes ont mis en place des consultations. Leur activité nécessite d'être mieux décrite et évaluée.

L'hôpital de jour est présent dans 14 des 17 filières en Bretagne (avec 61 lits au total). 3 filières ne sont pas pourvues d'hôpital de jour mais toutes ont des consultations mémoires.

Aucun des hôpitaux qui souhaitent à terme avoir une filière, n'a d'hôpital de jour. Des consultations gériatriques et des consultations mémoire sont en partie proposées.

La capacité des hôpitaux de jour varie de 2 à 10 places avec le plus souvent 5 places (6 filières sur 14) ; 4 filières avec seulement 2 places et 3 filières de plus de 5 places (2 à 8 places et 1 à 10 places).

Le nombre de journées n'est renseigné que 6 fois. Dans les 6 cas, il est inférieur à l'objectif de la circulaire de 120 jours pour 1 000 personnes de plus de 75 ans. Le ratio d'activité ou consultation n'est pas fiable, car renseigné par trop peu de filières (6) et beaucoup trop variable suivant les filières sans pouvoir distinguer valablement la répartition entre les divers types de consultations (courante, mémoire, évaluation etc.). Encore plus que pour l'EMG, un affinage auprès des filières pour réaliser une classification opérationnelle des activités et temps consacrés serait nécessaire. L'hôpital de jour semble recouvrir des activités assez diverses. Les bilans varient en temps aux extrêmes de 0,5 jour à 4 jours avec un fort contingent à 1 jour (8 filières). Dans toutes les filières, des réévaluations sont assurées.

Les délais de prise en charge en hôpital de jour et consultations varient d'une semaine à 3 mois. Les délais d'envoi de comptes rendus aux médecins traitants varient d'1 jour à 6 semaines.

Il ne semble pas qu'il y ait une influence de l'hôpital de jour sur les composantes de la filière, hormis bien sûr sur l'accès aux bilans. Mais il n'y a pas de lien évident avec la fluidité, la coordination, la durée moyenne de séjour, la sortie...

1.2.3 Une coordination générale entre les partenaires de ville, médicosociaux et les filières de soins jugée insuffisante et pas assez opérationnelle.

La coordination est plutôt jugée bonne entre les acteurs de la ville et de l'hôpital pour seulement 5 des 17 filières. Pour les 12 autres filières, la

coordination est considérée comme moyenne. Il n'existe a priori pas de lien entre la taille du territoire d'intervention de la filière et le niveau de coordination avec les partenaires.

La coordination est perçue comme perfectible dans quasiment toutes les filières. Si les structures médicosociales organisent de plus en plus des temps d'échange et de coordination avec les professionnels de la prise en charge des personnes âgées, tous les acteurs ne sont pas présents. Les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux ne s'impliquent que rarement dans ce type de procédures.

La coordination s'organise principalement avec et entre les structures médicosociales : CLIC, Réseau, EHPAD... Toutefois, une forte variabilité dans l'opérationnalité de ces coordinations apparaît en fonction du nombre, du rôle, de la légitimité, du dynamisme et de la présence des partenaires. La coordination peut être faible dans certains lieux ou aboutir à un empilement de structures de coordination que la séparation sanitaire / social aggrave encore. Il reste un problème de définition et d'évolution des métiers et de polyvalence des missions pas toujours claires et bien comprises des acteurs et des patients avec des missions qui peuvent se superposer plus que se décliner en fonction du degré de dépendance et de la pathologie.

• **Un partenariat avec les EHPAD caractérisé par deux éléments essentiels : les liens médicaux et les EMG**

Quasiment toutes les filières hospitalières ont signé des conventions avec des EHPAD environnants. Si les conventions ne sont pas toutes appliquées intégralement, une réflexion a été conduite pour développer les partenariats.

Des liens importants existent entre certains médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins des composantes des filières hospitalières. Ce sont parfois les gériatres de l'établissement de santé qui assurent la coordination médicale au sein des EHPAD.

Les EMG dans les quelques cas où elles sont extra-hospitalières (5) interviennent souvent dans les EHPAD, ce qui permet alors un renforcement des liens entre la ville et l'hôpital.

Par contre, le manque de places dans les EHPAD rend parfois le partenariat difficile entre les services de soins et les structures médicosociales.

Les 17 filières font état de lien avec des structures diverses qui prennent en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées : Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) et plus régulièrement des EHPAD qui disposent d'unités dédiées (unités d'Alzheimer, accueil de jour, hébergement temporaire, Pôle d'Activité et de Soins Adaptés - PASA...)

De plus, plusieurs projets (9) de dispositifs d'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées viennent de se créer ou sont en cours.

• **Le partenariat avec les CLIC varie selon leurs niveaux et leur dynamisme.**

Selon le niveau d'action des CLIC et selon leur degré d'investissement sur le territoire, leurs activités peuvent être très différentes. Deux principales typologies se dessinent :

- la présence d'un CLIC actif et reconnu par les différents intervenants sur le territoire (le plus souvent un CLIC de niveau 2 ou 3). Le partenariat est alors fort entre la filière hospitalière et le CLIC et plus largement avec les autres structures médicosociales du territoire. En effet, dans ce cas, le CLIC se pose soit comme un véritable organe de coordination, soit comme une ressource pour les acteurs de la prise en charge en termes d'accompagnement.

- les informations concernant la prise en charge des personnes âgées passent moins souvent par un CLIC peu connu, ou de niveau 1 ou peu actif sur le territoire et il n'assure pas un rôle de coordination mais plus généralement d'informations.

• **Le partenariat avec les réseaux gérontologiques est perfectible**

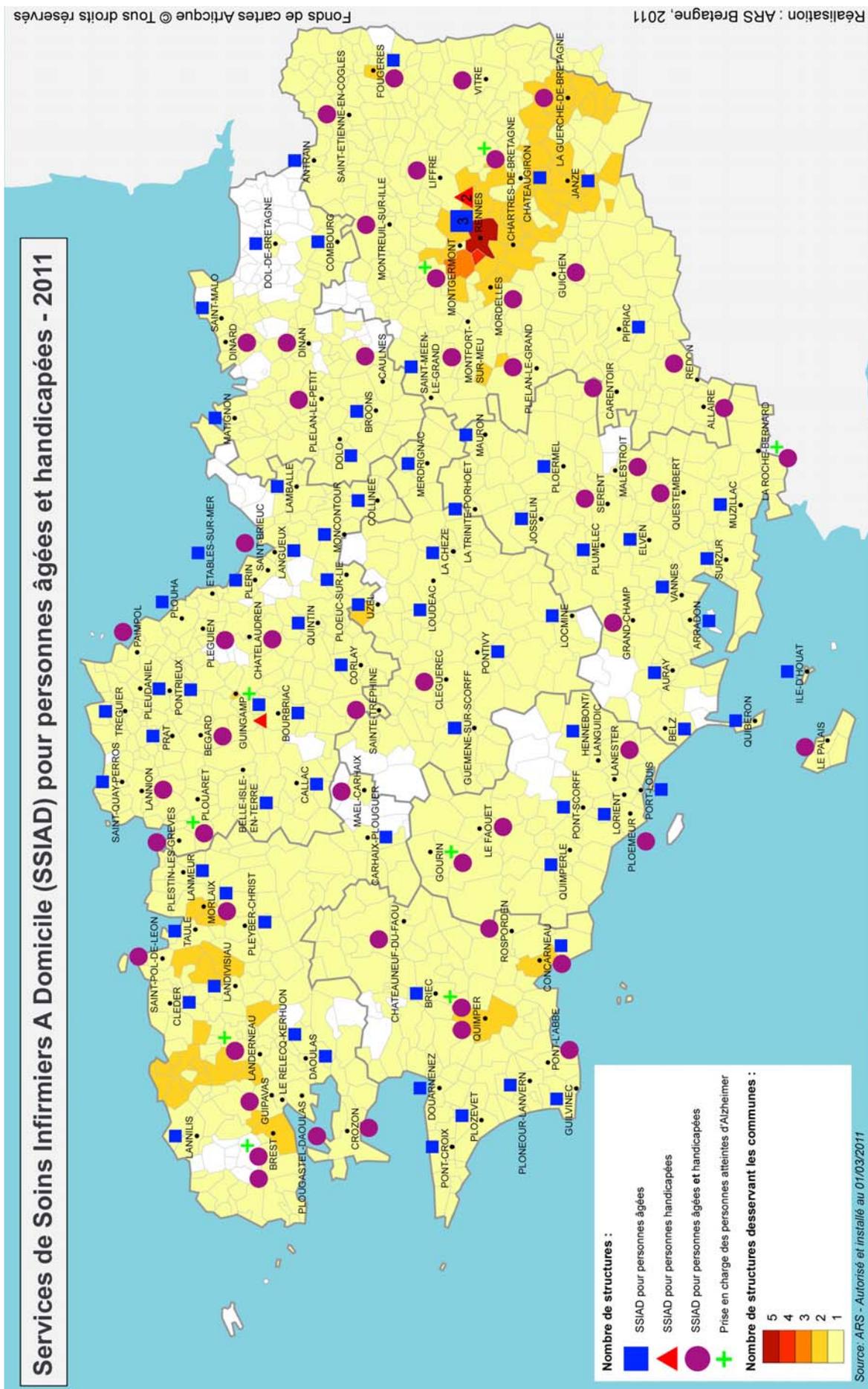
Le réseau de santé pour personnes âgées organise la coordination des acteurs sanitaires et sociaux de proximité. Il assure une prise en charge globale et efficiente des personnes âgées dont la situation sanitaire est lourde et/ou complexe dans un objectif de maintien à domicile. Bien que le réseau concerne en priorité les personnes demeurant dans leur domicile ordinaire, les structures d'hébergement pour personnes âgées peuvent également être associées.

• **9 réseaux de santé de proximité pour personnes âgées fonctionnent et sont financés par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins (FIQCS) au 1^{er} juin 2009**

Certains points d'amélioration ont été identifiés par le Bureau du CRQCS (Comité Régional de la Qualité et Coordination des Soins de ville) :

- Le profil des patients pris en charge est mal connu, de même que le contenu des plans de soins.
- La population-cible n'est pas définie quantitativement, limitant toute mesure d'impact.

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES



- Un niveau de coopération parfois important avec les CLIC dénote une approche institutionnelle. La construction du réseau de professionnels de santé libéraux, plus difficiles à fédérer, s'avère plus lente.
- L'articulation avec les services d'urgence semble éloignée des préoccupations des réseaux, hormis le réseau brestois qui veut s'inscrire dans la démarche initiée avec le centre 15 par les réseaux de soins palliatifs.
- La coordination avec les centres hospitaliers semble peu formalisée.
- Le suivi du plan personnalisé de santé semble peu ou pas formalisé, ce qui ne permet pas de mesurer l'apport réel du réseau à la qualité de la prise en charge effective. Il s'agirait pourtant d'un outil de travail pertinent pour le réseau lui-même.
- L'approche des missions est très variée d'un réseau à l'autre en Bretagne.
- Les relations avec les équipes médico-sociales des Conseils Généraux chargées de l'évaluation de la dépendance sont dépendantes de la politique départementale. En Ille-et-Vilaine et Morbihan, le médecin traitant n'avait pas accès au plan d'intervention de l'équipe médico-sociale (qui ne comprend pas de médecin dans le Morbihan). Une convention est toutefois en cours entre les réseaux de St-Malo et Antrain et le Conseil Général. Cette convention prévoit le développement des échanges d'informations entre les réseaux et le Conseil Général.

On peut citer trois exemples qui montrent qu'une articulation forte peut être assurée par des réseaux de santé qui se chargent du maintien à domicile des personnes âgées : Le réseau gérontologique de Brest, le réseau Gérontémeraude à Saint-Malo et le réseau gérontologique Val d'Oust à Brocéliande (Malestroit).

• **Un partenariat perfectible avec les SSIAD, l'HAD, les libéraux, l'aide à domicile**

Plusieurs acteurs font état des difficultés que rencontrent les SSIAD à récupérer des informations relatives aux patients et notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisation, même si la personne était auparavant suivie par cette structure.

Des tentatives de formalisation de ces procédures sont en cours (réflexion sur des fiches de liaison communes, travail avec les équipes sociales des établissements de santé...). Le partenariat est à renforcer pour éviter les ruptures de prise en charge. Le même constat, a minima sur la coordination, peut parfois être fait pour l'HAD, les libéraux et les associations d'aide à domicile.

Les filières déclarent anticiper et organiser les sorties, toutefois certaines difficultés persistent principalement sur le manque du partage d'informations. Les SSIAD, notamment, reçoivent peu d'informations concernant les sorties.

Les comptes rendus médicaux sont diffusés, souvent tardivement aux médecins généralistes, les transmissions infirmières sont parfois incomplètes ou trop tardives.

Des outils d'amélioration du processus de sortie, notamment des fiches de liaison sont parfois mises en œuvre pour pallier aux difficultés. Dans ce contexte, les services sociaux des structures de soins sont les interlocuteurs privilégiés des structures médico-sociales.

• **Une aide aux aidants à renforcer et à professionnaliser.**

Ni les filières, ni les structures médico-sociales ne développent systématiquement de dispositifs particuliers pour les aidants (aide aux aidants). Elles y accordent, toutefois, une attention particulière. À défaut de prise en charge spécifique, l'entourage est reçu quasi systématiquement dans les services d'hospitalisation. Des dispositifs particuliers peuvent être cités : La garde de nuit itinérante, les groupes de paroles ou réunions de discussion, les places en hébergement temporaire ou d'accueil de jour

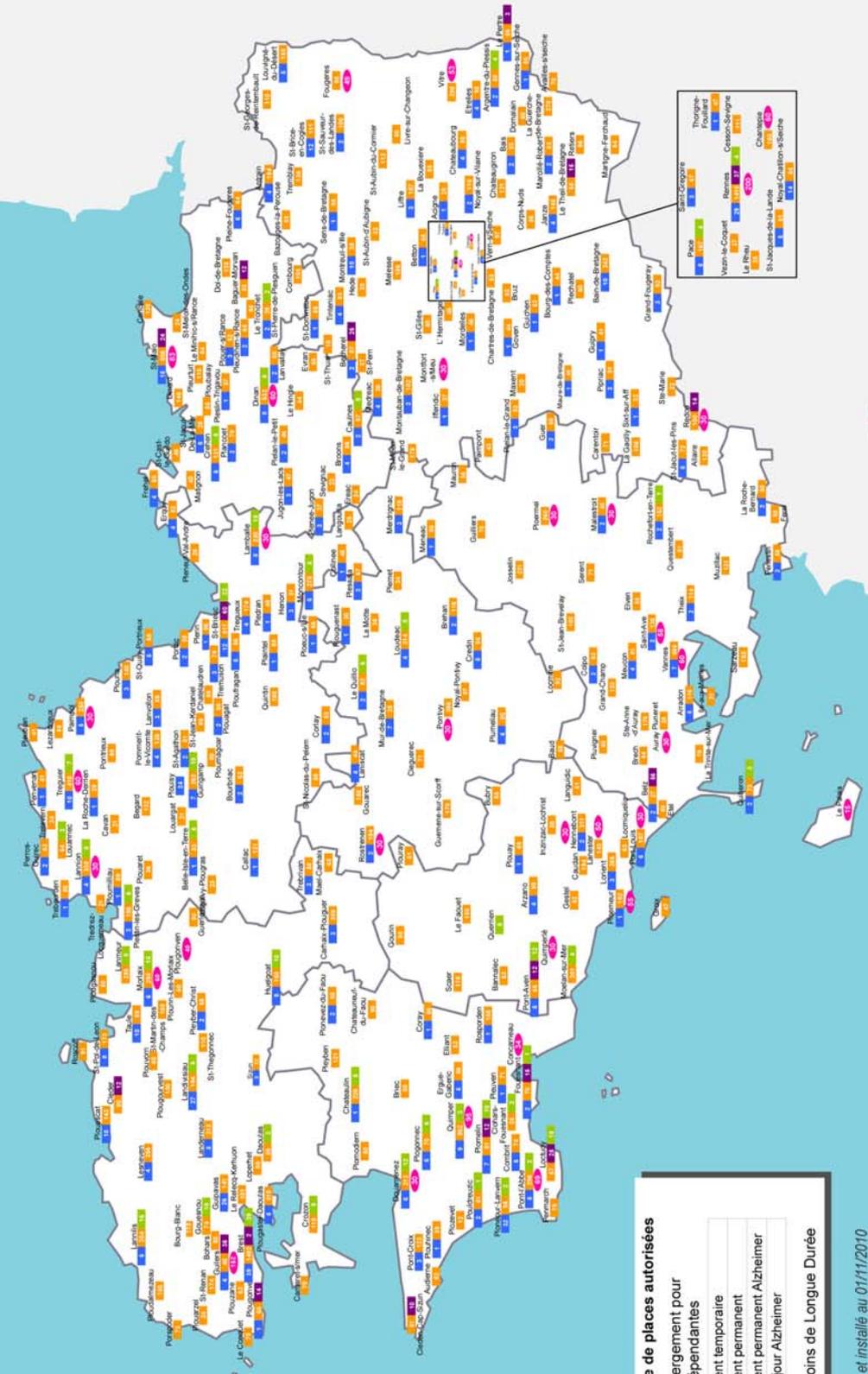
1.2.4 Des dispositions spécifiques pour le développement des modes de prise en charge adaptés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une aux maladies apparentée.

Fin 2010, le bilan à mi-parcours de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012 en Bretagne confirme un maillage territorial satisfaisant des lieux de consultation (25 consultations mémoire en milieu hospitalier), qui permet à toute personne qui en a besoin l'accès aisé à un diagnostic plus précoce et mieux accompagné.

Les progrès concernant l'accès à un diagnostic dans des délais raisonnables contribuent à l'amélioration de la prise en charge de la maladie.

En Bretagne, la mobilisation de tous les professionnels du secteur a été forte et rapide pour installer les premiers pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD pour les malades qui souffrent de troubles du comportement suffisamment importants pour eux-mêmes et leur entourage.

Structures pour personnes âgées dépendantes en Bretagne - 2010



Capacité en nombre de places autorisées
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

- Hébergement temporaire
- Hébergement permanent
- Hébergement permanent Alzheimer
- Accueil de jour Alzheimer

Sites de Soins de Longue Durée

Source : ARS - Autorisé et installé au 01/11/2010

Ainsi, 31 PASA offrent dans les EHPAD de la région des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et adapté à la déambulation. En 2011, 35 PASA supplémentaires devront être labellisés et en 2012, 32 PASA supplémentaires seront également créés.

Ce qui permettra de disposer de 98 PASA à la fin du plan Alzheimer 2008-2012 soit 1 372 places dédiées à ces activités avec du personnel spécialisé (ergothérapeute, psychomotricien...).

Pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, il est prévu la création d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) soit 7 dans le secteur médico-social et 10 dans le secteur sanitaire d'ici 2012. Ces unités comprennent 12 à 14 places dans le secteur médico-social et une vingtaine de places dans le secteur hospitalier.

Deux ont été labellisées dans le secteur médico-social en 2010, sur les territoires de santé 2 et 7.

Trois ont été labellisées dans le secteur sanitaire, ce sont les USLD psychiatriques qui ont été privilégiées sur les TS 2, 4 et 5. À échéance du plan Alzheimer, 7 unités supplémentaires d'hébergement renforcé devront être installées.

Les professionnels de santé se sont également investis pour créer à l'hôpital des unités cognitivo-comportementales (UCC) : ce sont des unités spécialisées pour permettre un retour au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui vivent une période de crise (forte fatigue, maladie aiguë, rupture de prise en charge...) se traduisant par l'apparition ou l'exacerbation de troubles du comportement.

Dans ces structures, le recours à l'hospitalisation est nécessaire. Ces unités cognitivo-comportementales sont installées au sein des services de soins de suite et réadaptation et assurent des programmes de rééducation cognitive et de réhabilitation.

3 unités ont vu le jour en Bretagne : sur les TS 6, 2 et 3. D'ici 2012, 3 UCC supplémentaires devront être installées.

Un appel à candidatures sera lancé en 2011 et 2012 pour créer neuf équipes mobiles pluridisciplinaires supplémentaires (« SSIAD Alzheimer ») chaque année de 10 places chacune, composées de professionnels formés à la réadaptation, la stimulation et à l'accompagnement des malades et leur entourage dès le début de la maladie (9 équipes mobiles ont été créées en 2010).

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

Le principe posé par la circulaire ministérielle du 28 mars 2007 reste d'actualité : « Chaque personne âgée quel que soit son lieu de résidence doit pouvoir accéder à une prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, de proximité, graduée, assurant le recours à un plateau technique. » L'enjeu du schéma est de conforter la qualité de la prise en charge à domicile et en hébergement et d'assurer la coordination avec les différentes institutions.

Pour atteindre cet objectif de « continuum de prises en charge », sans rupture, sans redondance ni perte de chance pour les personnes âgées, chaque territoire de santé doit être en mesure de proposer une offre de soins adaptée, impliquant tous les acteurs concernés par la prise en charge de ces personnes.

La mise en œuvre organisationnelle de ces fédérations et coopérations est complexe, s'appuyant sur des acteurs sanitaires et médico-sociaux, médicaux et non médicaux, de ville et hospitaliers.

L'ambition à échéance du schéma est de disposer d'une structuration territoriale de la prise en charge des personnes âgées au sein de filières gériatriques hospitalières et de décrire les points d'articulation avec les établissements sociaux, médico-sociaux et la médecine de ville.

En effet « la filière hospitalière » de soins gériatriques doit fédérer plusieurs maillons de l'activité gériatrique que sont :

- le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière ;
- l'équipe mobile gériatrique ;
- l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique ;
- les soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les personnes âgées poly pathologiques dépendantes ;
- les unités de soins de longue durée.

Elle constitue la base d'une prise en charge hospitalière coordonnée de la personne âgée. Pour permettre « une prise en charge globale de la personne âgée », elle doit s'articuler d'une part avec les professionnels libéraux intervenant à domicile et d'autre part avec les EHPAD et les SSIAD.

L'organisation globale s'appuiera sur des dispositifs d'information, de coordination et d'évaluation (CLIC, MAIA, réseaux gérontologiques...) dont le rôle et les missions dans le fonctionnement de cette filière élargie à l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées seront clarifiés.

Le fonctionnement de chaque acteur intégré dans cette organisation en filière devra se traduire par une plus grande fluidité du parcours de la personne âgée au sein des différentes unités et services de soins et de prestations. Cette organisation nécessite une articulation précise entre l'ARS Bretagne et les Conseils Généraux.

1.3.1. Finaliser une organisation territoriale et coordonnée de l'offre de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux s'appuyant sur des référentiels régionaux.

a) Les acteurs mettront en réseau leurs prestations et s'attacheront à poursuivre un objectif général de facilitation de prise en charge de la personne âgée dans un projet territorial, lisible pour tous et dont les modalités de coordination seront précisées au cours de ce schéma.

De manière générale il est essentiel de :

- bien connaître l'ensemble des acteurs en particulier médico-sociaux, sociaux et professionnels de soins en ambulatoire ;
- Identifier et reconnaître des filières de soins gériatriques et gérontologiques sur les territoires de santé ;
- Préciser l'implantation géographique, le territoire couvert et les acteurs impliqués ;
- Formaliser l'organisation de la filière à travers une charte de fonctionnement.

Ainsi les acteurs, en lien avec les autorités compétentes ARS, Conseil Général et communes ou communautés de communes devront :

- S'entendre sur le territoire d'implantation de la filière gériatrique et gérontologique ;
- Déterminer le cadre d'exercice des missions et des activités privilégiées, y compris pour les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, en objectivant les ressources et les compétences mobilisées par chaque établissement, acteur ou service ;
- Réaliser une cartographie territoriale, quantitative et qualitative de l'offre proposée ;
- Préciser la coordination retenue, son identité, ses modalités d'articulation avec les acteurs concernés par la prise en charge de la personne âgée, les missions de chaque acteur potentiellement mobilisé dans le parcours de la personne âgée ;
- Définir le plan d'actions ou les objectifs de la filière (c'est-à-dire les coopérations à développer, les gains à obtenir et les outils d'information et de communication mis en œuvre).

C'est l'articulation des professionnels de santé libéraux, sociaux et médico-sociaux avec les établissements hospitaliers d'un niveau de référence aptes à garantir la continuité et la permanence des soins ainsi que le recours à un plateau technique qui permet d'identifier le fonctionnement d'une filière gériatrique / gérontologique.

La clarification de la place et du rôle des différents acteurs définie dans une organisation lisible et fonctionnelle suppose une analyse des complémentarités d'activités et des passages de relais pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

Cette démarche de clarification sera entreprise sur l'impulsion d'un comité d'identification et de pilotage des filières gériatriques et gérontologiques au niveau du territoire de santé afin d'améliorer la qualité des prises en charge.

b) L'animation régionale des filières gériatriques et gérontologiques permettra de :

- développer des outils harmonisés de suivi et de fonctionnement des filières ;
- généraliser des démarches qualité visant la coordination des prises en charges ;
- évaluer régulièrement l'activité et le fonctionnement de l'offre de soins et d'accompagnement de la filière à partir de l'analyse des informations recueillies sur quelques indicateurs clé de qualité ;
- mettre en place des actions d'information et de communication et constituer des groupes de réflexions thématiques pour faciliter le parcours de la personne âgée en situation complexe ;
- partager les expériences et les pratiques professionnelles susceptibles d'améliorer la fluidité du parcours de la personne âgée.

1.3.2. Garantir l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et l'accompagnement de la personne âgée dans le respect de ses besoins et de ses choix

Il convient de diffuser la « culture gériatrique » à l'ensemble du système de soins et d'accompagnement. L'utilisation d'outils pour l'évaluation gériatrique est fondamentale pour la définition des besoins : repérage et orientation dans un lieu adapté..

Les coopérations devront permettre d'améliorer l'accessibilité à des prestations adaptées, de qualité, à travers des modalités diverses, mais permettant des échanges de pratiques visant notamment à :

a) Éviter les hospitalisations injustifiées et diminuer les passages inadéquats aux urgences.

- Favoriser les entrées directes en particulier en SSR PAPD pour les soins nécessitant une surveillance hospitalière paramédicale rapprochée et temporaire, et qui ne justifient pas une hospitalisation en court séjour et a fortiori un passage aux urgences. Cette modalité doit être développée dans les hôpitaux de proximité (ex-hôpitaux locaux).

b) Faciliter la sortie et diminuer les prolongations de séjours hospitaliers inadéquats

- Garantir à la personne âgée prise en charge dans un EHPAD et devant être hospitalisée son retour à l'EHPAD selon une procédure bien identifiée, élément de la fluidité de la filière.
- Faciliter l'accès aux acteurs de la filière gériatrique à des services gériatriques réactifs, pour leurs patients.
- Accélérer les prises en charge et démultiplier les capacités d'accueil de certains SSIAD afin de fluidifier le parcours.
- Identifier les apports des coopérations dans la diminution des prises en charge redondantes (les passages de relais).
- Développer des actions de prévention et des services adaptés et diversifiés pour assurer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes : SSIAD, accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, plate-forme de répit...).

c) Développer le système d'information et les outils

- Mettre en place des formations communes sur l'organisation, le fonctionnement et les pratiques extra et intra-hospitalières afin d'utiliser par la suite des outils communs (exemple dossier unique EHPAD dans le Finistère). Intégrer ces formations dans l'enseignement initial de médecine générale en accord avec les Départements de Médecine Générale des universités.
- Mutualiser des outils entre les filières.
- Communiquer avec les partenaires (notamment médecins généralistes).
- Communiquer sur les rôles propres des composantes.
- Communiquer sur les modalités d'adressage et les circuits d'admission.

1.4. PLAN D' ACTIONS :

Objectifs	Actions	Indicateurs
Gradation des soins et territorialisation de l'offre		
Mieux connaître l'état de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale par territoire de santé.	<ul style="list-style-type: none"> - Rédiger un annuaire actualisé des acteurs - Préciser l'état des lieux de l'offre en équipements médicosociaux et sociaux et des compétences exerçant en ambulatoire - Identifier les prises en charge spécifiques Alzheimer et de psycho-gériatrie ainsi que les prises en charge pour les personnes handicapées vieillissantes - Préciser les modalités de continuum de la prise en charge, dans le maintien ou le bien vieillir à domicile, en précisant la place de l'HAD - Préciser les modalités de la fluidité de fonctionnement de la filière gériatrique sanitaire et médicosociale 	Part des prises en charge d'HAD en EHPAD
Mettre en place une organisation territoriale et coordonnée de l'offre de services de santé, sanitaires, sociaux et médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser les filières dans un périmètre précis, avec un comité de pilotage - Intégrer les hôpitaux de proximité et les acteurs médico-sociaux au fonctionnement de la filière gériatrique de l'établissement de référence - Identifier, organiser et protocoliser le rôle des EMG, en lien avec les maillons de la filière gériatrique et élaborer des recommandations sur les interventions extérieures (EHPAD par exemple) - Clarifier le rôle des hôpitaux de jour et mieux définir le type de prises en charge à y développer afin de bien séparer ce qui relève de consultations externes et de l'hôpital de jour - Suivre, accompagner et évaluer la mise en place du plan Alzheimer 2008 -2012, dans un souci de maillage du territoire : Unités cognitivo-comportementales (UCC), pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), unités d'hébergement renforcé (UHR) en EHPAD et en USLD, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) - Préciser les besoins en psycho gériatrie en lien avec le schéma d'organisation de santé mentale - S'appuyer sur des référentiels régionaux - Expérimenter de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie visant à prévenir leur hospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital (article 70 de la LFSS 2012) 	<p>Nombre de filières gériatriques ayant un périmètre géographique précis et contractualisé</p> <p>Part des filières gériatriques formalisées ayant un COPIL se réunissant au moins 2 fois par an</p> <p>Effectivité d'un protocole de coordination des acteurs de la filière gériatrique précisant les relations entre la coordination gérontologique (département), la coordination des filières et l'animation régionale</p> <p>Effectivité de la rédaction d'un bilan annuel Alzheimer</p> <p>Part des EMG « labellisées »</p>
Qualité et sécurité		
Généraliser l'utilisation d'outils d'évaluation à l'ensemble des acteurs de ville et d'accompagnement.	<p>Organiser des formations des professionnels de soins au niveau territorial (médecins généralistes, IDE et médecins en EHPAD et en SSIAD, équipes médico-sociale APA)</p> <p>Favoriser le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer</p>	

Qualité et sécurité		
<p>Eviter les hospitalisations injustifiées et diminuer les passages inadéquats aux urgences</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les procédures d'admission directe au sein des structures gériatriques : - Développer les « protocoles » et formaliser les relations avec les médecins généralistes et les professionnels de soins de ville - Améliorer la capacité des courts séjours gériatriques à réaliser les bilans d'entrée avec un accès facilité au plateau technique - Favoriser les entrées directes en SSR PAPP 	<p>Part des séjours de médecine et chirurgie pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgences</p> <p>Taux d'entrées directes en SSR, chez les personnes de 75 ans et plus</p>
<p>Optimiser les durées de séjours dans les structures en diminuant les prolongations de séjour et les réhospitalisations inadéquates</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les procédures de sortie des établissements - Améliorer la coordination intra filière pour faciliter et fluidifier le parcours du patient dans les différents services : staffs communs CSG/SSR, SSR/USLD... - Organiser un circuit de diffusion réactif de l'information pour les sorties 	<p>Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjour de médecine hospitalier</p> <p>Taux de réhospitalisation dans les 6 mois et pour un motif identique, des personnes âgées de 75 ans et plus en court séjour</p>
<p>Améliorer la bienveillance à domicile comme en hébergement institutionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - diffuser les bonnes pratiques et les recommandations de l'ANESM 	
<p>Développer un système d'information et des outils de suivi communs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mutualiser des outils utilisés entre les filières - Communiquer sur les modalités d'adressage et les circuits d'admission 	

2 - LA SANTÉ MENTALE

2.1. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

2.1.1 Contexte : un véritable enjeu de santé publique breton

Le domaine de la Santé Mentale est vaste : il concerne les pathologies psychiatriques mais aussi un ensemble de situations de détresse psychologique réactionnelle. Son poids en terme de morbidité est majeur puisque, comme le pointe l'Organisation Mondiale de la Santé (Source : Investir dans la santé mentale, OMS, 2004), quatre des six principales maladies à l'origine d'années vécues en incapacité sont des troubles neuropsychiatriques (dépression, troubles liés à la consommation d'alcool, schizophrénie et trouble bipolaire). En 2005, le Livre Vert de la commission Européenne sur la santé mentale soulignait que 27 % des Européens d'âge adulte connaissent au moins une forme de mauvaise santé mentale au cours d'une année donnée (Source : Livre vert Améliorer la santé mentale de la population, Commission Européenne, 2005).

La problématique est particulièrement importante en Bretagne comme le souligne le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) : les questions relatives à la santé mentale et celles concernant les addictions constituent deux véritables enjeux de santé publique en Bretagne. Les taux standardisés de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool supérieurs aux taux nationaux d'une part, le taux élevé de suicide d'autre part, sont autant de caractéristiques de notre région. On peut souligner par ailleurs que les troubles mentaux constituent la quatrième cause d'admission en Affection de Longue Durée (ALD), hommes et femmes confondus et le premier motif avant 25 ans (40 % des demandes nouvelles d'admission à cet âge). Au plan national, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 ont structuré l'action du volet santé mentale du SROS 3. Il n'a pas à ce jour été relayé. Par ailleurs, la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques, mise en œuvre à partir du 1^{er} août, réforme la loi du 27 juin 1990 sur l'hospitalisation sans consentement.

2.1.2 PRINCIPES : DÉCLOISONNEMENT ET PRIORISATION

- **L'approche décloisonnée a concerné l'ensemble des schémas :**

Le PSRS identifie la santé mentale comme un sujet pour lequel l'amélioration de la fluidité des parcours entre acteurs de psychiatrie et acteurs de 1^{ère} ligne mais aussi entre acteurs du sanitaire et du médico-social représente un enjeu fort (cf. Priorité 2, objectifs 2.3 et 2.3.2). En cohérence avec ces orientations stratégiques, les travaux sur la santé mentale ont adopté une approche globale, sanitaire et médico-sociale. L'Instance professionnelle de Concertation (IPC) en santé mentale qui a accompagné ces travaux réunit des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social ainsi que des représentants des usagers et des conseils généraux. **Cette fiche présente en conséquence un diagnostic, des orientations et un plan d'action concernant à la fois les champs sanitaires (ambulatoire et hospitalier) et médico-social.**

En ce qui concerne le domaine de la promotion / prévention, les aspects de prévention liés à la prise en charge ou à l'accompagnement des personnes (ex. prévention des situations de crise, renforcement des liens entre psychiatrie de secteur et médecins généralistes) ont été intégrés à cette fiche thématique. Les aspects de promotion de la santé mentale d'une part et de prévention plus ciblée sur le suicide d'autre part, ont fait l'objet d'une fiche spécifique du schéma de prévention, conçue en cohérence avec la présente fiche.

La réflexion sur l'Autisme a été intégrée aux travaux sur la Santé Mentale. Ce choix témoigne de la volonté de l'ARS d'aborder l'autisme dans un cadre décloisonné. Le parcours des personnes autistes et atteintes de troubles envahissants du développement relève en effet de prises en charge diversifiées impliquant des acteurs du sanitaire et du médicosocial. L'autisme est reconnu comme un handicap. L'action de l'ARS dans ce domaine sera structurée par les travaux de la HAS et le Plan National Autisme, décliné au niveau régional avec l'appui du Comité Technique Régional Autisme.

- **Le principe de priorisation**

La priorisation est un principe méthodologique général retenu pour l'élaboration des schémas régionaux et appliqué à cette thématique. Il s'agit non pas de cibler l'exhaustivité mais bien d'identifier un ensemble d'objectifs et actions prioritaires.

2.2. DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

2.2.1 Diagnostic de l'offre sanitaire

a) Caractéristiques épidémiologiques : quelques pathologies dominantes (source : Rim-P 2009)

Les prises en charge hospitalières (hospitalisation complète et hôpital de jour) sont marquées par quelques pathologies dominantes :

- En psychiatrie générale, plus de 50 % des séjours sont représentés par les troubles schizophréniques (F20), les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (F10) et les troubles dépressifs récurrents ou non (F32 et F33)
- En psychiatrie infanto-juvénile, 61 % des hospitalisations sont occasionnées par les troubles envahissants du développement (F84), les troubles de la conduite et émotionnel (F91 et F92) et les retards mentaux graves (F72).

Les pathologies rencontrées sont plus variées dans le cadre de la prise en charge ambulatoire :

- En psychiatrie générale, même si les pathologies citées en hospitalisation restent les plus importantes, elles ne représentent plus que 35 % de la file active.
- En psychiatrie infanto-juvénile, les pathologies observées en hospitalisation restent aussi les plus fréquemment rencontrées mais ne constituent que 25 % de la file active.

b) Démographie médicale : une légère diminution de la densité en psychiatres et une pyramide des âges problématique

Au 1/01/2009, la Bretagne comptait 583 psychiatres en exercice dont 236 libéraux et 347 salariés exclusifs (source Statiss 2010). La situation est globalement stable en nombre puisqu'en 2003 on en comptait 584 (238 libéraux et 346 salariés).

La densité de psychiatres (libéraux et salariés) pour 100 000 hab est inférieure en Bretagne par rapport à la moyenne nationale et l'écart s'est légèrement creusé comme en attestent les données comparatives entre 2003 et 2009 :

- 1/01/2003 : densité à 19,5 en Bretagne et à 22,7 en France métropolitaine (source Statiss 2004).
- 1/01/2009 : densité à 18,5 en Bretagne et à 22 en France métropolitaine (source Statiss 2010).

Cette diminution est à mettre en parallèle avec le taux de recours élevé et l'augmentation de l'activité. De plus sur le plan national la psychiatrie fait partie des spécialités concentrant une part élevée de professionnels de plus de 55 ans. En 2008 cette part s'élevait à 44 % en psychiatrie comparée à 34 % pour l'ensemble des médecins (source : Rapport 2008-2009 de l'ONDPS Tome 3). Le questionnaire adressé aux établissements ayant une activité de psychiatrie dans le cadre de ces travaux met en évidence que 37 % des psychiatries en activité ont plus de 60 ans.

c) Bilan du SROS 3

Les établissements ont poursuivi leur restructuration dans le cadre de leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui arriveront à échéance en juin 2012. Si certains projets ont été réalisés par redéploiement interne, la mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale ont accompagné financièrement la majeure partie des opérations de restructurations jusqu'à la fin de l'année 2008 et les enveloppes spécifiques 2009 et 2010 ont permis de les poursuivre.

Les éléments qui suivent sont issus d'une enquête spécifique effectuée dans le cadre du schéma auprès des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. L'objectif était de réaliser un bilan des principales évolutions du dispositif sanitaire psychiatrique public et privé intervenu pendant la durée de validité du SROS 3 en comparant quelques éléments des bilans d'activité 2005 et 2009. Si les données d'activité 2009 ont pu être obtenues rapidement grâce au RIM-P, les données 2005 sont plus sujettes à discussion en raison d'un recueil non homogène des établissements qui ne disposaient pas tous d'un recueil informatisé. L'analyse s'est donc limitée aux données quantitatives et qualitatives les plus fiables. Ainsi les données relatives à la file active globale 2005 et 2009 dont le recueil n'obéissait pas aux mêmes règles, n'ont pas pu être exploitées pour objectiver une potentielle augmentation d'activité perçue dans les établissements et formulée par les professionnels dans les groupes de travail. Cependant des évolutions significatives ont pu être constatées au cours de ces 5 ans.

• Le dispositif d'accueil ambulatoire s'est développé et densifié... mais la demande s'est accrue :

6 CMP supplémentaires ont été mis en service et la cartographie des CMP permet d'objectiver un maillage géographique globalement correct en CMP. 6 équipes mobiles psychiatrie et précarité ont été financées depuis 2005, portant leur nombre à 8 (soit 2 par département). Ainsi toutes les agglomérations bretonnes les plus importantes disposent de cet outil pour apporter des réponses aux personnes en situation d'exclusion.

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

3 équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile ont également vu le jour pour répondre à la problématique des adolescents, le dispositif ayant également été complété par la mise en place de 6 maisons des adolescents (1 en Côtes d'Armor, 1 en Ille-et-Vilaine, 2 dans le Morbihan, 2 dans le Finistère dont une opérationnelle et une financée non opérationnelle).

Les files actives des CMP sont augmentées de 7,3 % en psychiatrie générale et de 8,4 % en psychiatrie infanto-juvénile. Les délais d'attente pour une première consultation en CMP hors urgence restent insatisfaisants, en particulier en psychiatrie infanto-juvénile où ils ont augmenté dans un certain nombre d'établissements. S'agissant de la psychiatrie générale, même si les consultations médicales sont rarement réalisées dans les 2 semaines suivant la demande, une partie des établissements a élaboré des protocoles qui permettent un premier contact avec un membre de l'équipe de secteur dans la semaine suivant la demande.

• L'accueil dans les services d'urgences s'est renforcé :

Les 21 sites d'accueil des urgences les plus importants de la région bénéficient de la présence de professionnels des secteurs psychiatriques en journée, 75 % d'entre eux en disposent le week-end en journée et 50 % en sont pourvus la nuit. Les sites dont l'activité plus faible ne justifie pas d'une présence de ces professionnels, bénéficient de convention avec des établissements spécialisés, permettant de garantir une prise en charge des patients concernés.

Des conventions ont été élaborées et mises en œuvre entre les établissements sièges de services d'urgences et les établissements d'accueil des patients hospitalisés sans consentement, afin d'améliorer leur prise en charge en aval des urgences.

• Les alternatives à l'hospitalisation temps plein ont poursuivi leur développement, en particulier l'hospitalisation de jour :

Le taux d'équipement en places d'hospitalisation de jour en Bretagne est supérieur à la moyenne nationale (source Statiss 2010), témoignant de l'effectivité de la mise en œuvre de la politique de diversification des PEC intra-hospitalières :

Taux d'équipement en places pour 1 000 habitants de plus de 16 ans : 0,57 en Bretagne pour une moyenne nationale à 0,43.

Taux d'équipement en places pour 1 000 habitants de moins de 16 ans : 1,03 en Bretagne pour une moyenne nationale à 0,77

À noter que le taux d'équipement régional cache des disparités marquées d'un territoire à l'autre (de 0,26 à 0,78 places/1 000 hab en psychiatrie générale).

9 hôpitaux de jour ont été installés pendant cette période et un 10^{ème} est en cours de mise en œuvre. 5 de ces structures ont été installées par des établissements privés ex OQN avec une orientation de géronto-psychiatrie pour deux d'entre elles, de prise en charge des troubles de l'humeur pour deux des autres et d'addictologie pour la dernière.

Dans quatre territoires, des hôpitaux de jours accueillant spécifiquement les adolescents ont été mis en place. Le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile propose donc cette prestation dans 5 territoires sur 8. Les territoires 2, 3 et 8 en sont encore dépourvus mais le territoire 8 devrait également apporter une réponse aux adolescents dans le cadre d'un déménagement et d'une extension de capacité.

• Le développement de l'activité intersectorielle est très variable d'un établissement à l'autre

30,5 % des capacités d'hospitalisation complète se font sous le mode intersectoriel en 2009. Le développement de ce type d'organisation était préconisé dans le SROS 3 afin d'optimiser les prises en charges dans des domaines spécifiques tels que les hospitalisations sans consentement, l'addictologie, la géronto-psychiatrie, la prise en charge des patients hospitalisés au long cours notamment.

L'enquête auprès des établissements ne montre pas d'évolution significative de la situation entre 2005 et 2009. On constate des disparités très fortes entre établissements (Cf Tableau 2) témoignant d'orientations institutionnelles différentes sur ce sujet.

• Pour l'hospitalisation complète, les taux d'équipement et taux de recours régionaux sont supérieurs aux moyennes nationales

Historiquement, le taux d'équipement régional en lits d'hospitalisation complète (HC) dépassait largement la moyenne nationale. Des restructurations majeures ont été opérées dans le but de diminuer l'hospitalisation complète et de développer les prises en charge alternatives : dans un premier temps par redéploiement de lits d'HC au bénéfice des alternatives à l'hospitalisation complète, dans un second temps par redéploiement de lits d'HC au bénéfice de places médicosociales. La région est ainsi passée de 5 859 lits au 1/1/98 à 3 856 lits au 1/1/11. Sur la durée du SROS 3, la diminution de la capacité en lits d'HC s'est poursuivie avec la fermeture de 218 lits (5 % des lits de psychiatrie générale).

Le tableau 1 présente les taux d'équipement en HC et HJ par territoires en psychiatrie générale et infanto-juvénile. Si l'on soustrait des capacités d'HC les services de post-cure (dont l'offre ne suit pas une logique territoriale), le taux d'équipement en HC demeure supérieur à la moyenne nationale (source Statiss 2010) :

Taux d'équipement en lits d'HC/1 000 habitants de plus de 16 ans : 1,46 en Bretagne pour une moyenne nationale à 1,10,

Taux d'équipement en lits d'HC/1 000 habitants de moins de 16 ans : 0,19 en Bretagne pour une moyenne nationale à 0,16.

Il faut cependant noter le taux d'équipement régional masque des hétérogénéités infra-régionales : les taux varient de 1,04 pour le territoire 6 à 2,65 pour le territoire 8 (cf. Tableau 1).

Parallèlement, selon les données nationales transmises par la DGOS (note technique du 11mars 2011), les Bretons ont consommé 6 414 journées pour 10 000 habitants en 2009 alors que la médiane nationale se situe à 4 820 journées. La comparaison de ces taux de recours à la moyenne nationale doit à ce stade être interprétée avec prudence. Les taux de recours reposent en effet sur les données du système d'information de psychiatrie (RIM-P) de construction récente et pour lequel les régions sont à des stades d'avancement variables. La Bretagne faisant partie des régions à fort taux d'exhaustivité, il est possible que ses taux de recours soient en partie surestimés. S'il convient d'être prudent dans l'interprétation, il convient cependant parallèlement de développer une analyse des différences intra-régionales des taux de recours d'un territoire à l'autre.

Au total, malgré une offre capacitaire globalement satisfaisante en comparaison avec les taux d'équipement nationaux, un phénomène de tension sur les lits est de plus en plus fortement exprimé et l'on observe sur la plupart des établissements des taux d'occupation autour de 90 %.

• **L'évolution des moyens en personnels**

Des moyens supplémentaires en personnels ont accompagné les restructurations. Par ailleurs, des postes vacants ont pu être pourvus au cours de la durée du SROS 3. On compte 22 ETP de psychiatres supplémentaires en activité dans les établissements (347 en 2009 pour 325 en 2005) soit 6,7 % supplémentaires. 25 postes supplémentaires d'internes ont également été comptabilisés entre 2005 et 2009. Dans le même temps, les moyens en personnel paramédical se sont accrus de 124 ETP (soit 2,3 %).

Tableau 1 : Equipement en lits et places des territoires de santé en Bretagne en 2009

	Nbre secteurs psy G	Nbre secteurs psy UJ	Capacité installée						Nbre de lits / 1000 hab en psy G	Nbre de places / 1000 en psy G	Nbre de lits / 1000h <16 ans	Nbre places / 1000 hab <16ans
			Capacités psy G			Capacités psy UJ						
			HC	HJ	HJ/HC	HC	HJ	HJ/HC				
Total territoire 1	10	3	745	247	0,33	22	106	4,82	1,74	0,58	0,20	0,95
Total territoire 2	3	2	279	148	0,53	19	58	3,05	1,16	0,62	0,33	1,02
Total territoire 3	4	1	352	145	0,41	6	68	11,33	1,53	0,63	0,11	1,21
Total territoire 4	5	2	616	226	0,37	8	96	12,00	2,13	0,78	0,11	1,28
Total territoire 5	11	4	960	351	0,37	53	145	2,74	1,46	0,53	0,29	0,79
Total territoire 6	3	2*	209	52	0,25	7	45	6,43	1,04	0,26	0,14	0,90
Total territoire 7	4	2*	402	116	0,29	10	56	5,60	1,24	0,36	0,13	0,70
Total territoire 8	2	1	293	51	0,17	0	22		2,65	0,46	0,00	0,80
Total région	42	16	3856	1336	0,35	125	574	4,59	1,56	0,54	0,19	0,89
Total France									1,10	0,43	0,16	0,77

* le secteur de psychiatrie 22 102 (Saint-Jean-de-Dieu) couvre une partie du territoire 6 et une partie du territoire 7

** les capacités d'HC du tableau 1 incluent les services de post-cure, ce qui explique que les taux d'équipement de la région apparaissent supérieurs aux taux d'équipement de référence de Statiss, qui ne comprend pas les lits de post-cure

Tableau 2 : capacités intersectorielle dans les établissements bretons en 2009

Territoires	Capacité d'hospitalisation complète des ES sectorisés	Capacité en unités intersectorielle de psychiatrie générale									
		Addictologie	%	Géronto-psy	%	Hosp sans consentmt	%	Soins prolongés	%	Total intersectoriel	%
Total territoire 1	555	34		20				48		102	18,38
Total territoire 2	192	12		16				54		82	42,71
Total territoire 3	283			50		3				53	18,73
Total territoire 4	377	62		60		29		99		250	66,31
Total territoire 5	682	10								10	1,47
Total territoire 6	209	14		20		20		60		114	54,55
Total territoire 7	263	30		25		49		22		126	47,91
Total territoire 8	187	24		25		20		33		102	54,55
Total région	2748	186	22,17	216	25,74	121	14,42	316	37,66	839	30,53

2.2.2 Diagnostic de l'offre médico-sociale

Le handicap psychique a pris sa place dans l'offre médico-sociale suite à loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui donne une nouvelle définition du handicap et reconnaît le handicap psychique. En conséquence, les personnes reconnues "handicapées psychiques" par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) peuvent bénéficier des dispositifs d'accompagnement médicosociaux.

En élargissant leur accueil au handicap psychique, les équipes des structures polyvalentes ont pris conscience de la spécificité de la population handicapée psychique et de la nécessité de leur proposer une prise en charge adéquate. Certains services et structures se sont spécialisés dans l'accompagnement du handicap psychique. Les actions en faveur de la population avec autisme ou autres troubles envahissants du développement s'inscrivent dans le cadre du plan Autisme 2008-2012.

• **Constat principal : le manque de données précises disponibles concernant tant la population concernée que les dispositifs d'offre.**

Il n'est pas actuellement possible de quantifier de façon exhaustive l'offre de services dédiée à cette population, ni le nombre de personnes accueillies souffrant de ce handicap. Plusieurs éléments contribuent à ce constat :

- Nombre de personnes handicapées psychiques vivent à domicile, seules ou avec le soutien de leur famille. La connaissance de cette population est parcellaire à ce jour et mériterait une analyse plus approfondie. En lien avec cet aspect, l'offre en service de répit (accueil temporaire, accueil de jour) et les dispositifs d'aide aux aidants nécessitent d'être renforcée.
- La connaissance globale de la situation nécessite la mise en commun d'information détenue par différents acteurs, en particulier l'ARS et les conseils généraux. Cette mise en commun est à construire.
- La gestion des systèmes d'information tels que ceux des MDPH ou FINESS n'est pas actuellement suffisamment performante pour dresser un inventaire précis des populations concernées et des équipements. Des enquêtes telles celle en cours du Centre régional autisme (CRA) et l'enquête ES (DREES/ARS) vont contribuer à améliorer la connaissance de cette population.
- À noter enfin que la comparaison de taux d'équipement régionaux avec des taux nationaux est souvent difficile. La notion de handicap psychique est en effet récente et les statistiques ne regroupent pas toujours les mêmes profils.

Les données qui suivent présentent donc l'offre sous compétence ARS qui peut être à ce jour identifiée comme accompagnant des personnes en situation de handicap psychique ou d'Autisme/TED. Elles résultent d'une extraction de FINESS modulée par la connaissance de terrain des équipes de l'ARS. Elles comprennent les structures ou services, ou les sections de certaines structures et services entièrement ou essentiellement dédiés à ce type de profil. En revanche les personnes avec les mêmes profils, prises en charge par des structures ou services accueillant différents types de handicap sans places dédiées ne sont pas comptabilisées.

• **Accompagnement des jeunes en situation de handicap psychique ou d'autisme/TED : une demande très fortement exprimée de services d'accompagnement de type SESSAD**

Dans le secteur enfance, il existe une offre différenciée entre les accompagnements en direction de jeunes avec Autisme/TED d'une part et en direction de jeunes en situation de handicap psychique d'autre part.

Tableau 3 : Offre médicosociale dédiée pour les enfants en situation de Handicap psychique et d'autisme en Bretagne au 31/12/2010

		Capacité régionale en places	Taux d'équipement régional pour 1000 jeunes de moins de 20 ans
Jeunes avec troubles psychologiques en dispositif ITEP	Etablissements	434	0,56
	Services	262	0,34
Sous total		696	0,90
Jeunes avec autisme – TED	Etablissements	94	0,12
	Services	96	0,12
	Accueil temporaire et accueil de jour	15	0,02
Sous total		205	0,26
Total de l'offre		901	-

En ce qui concerne le dispositif ITEP, le taux d'équipement régional est inférieur à la moyenne nationale pour les places en établissements (0,56 pour la Bretagne et 0,95 pour le national) mais le taux d'équipement en places de services (Sessad Handicap psychique) est en nette progression (absence de données comparatives au niveau national).

Pour l'offre Autisme-TED il est important de noter que :

- L'absence de données spécifiques au niveau national (regroupées statistiquement avec les déficiences intellectuelles) rend impossible une comparaison des taux d'équipement.
- En IME des jeunes avec des handicaps psychiques de plus en plus lourds sont accueillis alors même que les agréments de ces structures datent de plus de 20 ans et n'ont pas été revus (annexes 24)
- Il y a peu de SESSAD spécialisés dans la prise en charge de la population autiste en Bretagne. Deux SESSAD dédiés aux jeunes autistes – TED viennent d'être créés dans le Finistère et en Ille-et-Vilaine ainsi qu'un nouveau service expérimental pour jeunes autistes dans le Finistère.

L'ensemble des SESSAD (pour tout type de handicap et notamment pour le handicap psychique et l'autisme) est confronté à une demande très importante, avec en conséquence des listes d'attente et des délais de prise en charge qui se comptent en mois voire en années. La loi du 11 février 2005 a redéfini le cadre de l'obligation scolaire applicable aux enfants en situation de handicap en privilégiant à chaque fois que cela est possible la scolarisation en milieu ordinaire. L'effort de l'Éducation Nationale pour la mise en œuvre de l'intégration scolaire s'accompagne d'une forte demande d'accompagnement SESSAD dont l'une des fonctions centrale est l'accompagnement à la socialisation. Il y a de fait une inadéquation entre l'offre et la demande, qui pose la question de l'adéquation de l'offre mais aussi celle des modalités d'expression de la demande et de "prescription" du service. Une réflexion entre les acteurs concernés (MDPH, ARS, Education nationale, services opérateurs) sur les modalités d'amélioration de la réponse aux personnes par une meilleure adéquation entre l'offre et la demande s'impose.

• Accompagnement d'adultes en situation de handicap psychique ou d'autisme/ TED : une part croissante du secteur PH et le développement croissant d'une offre médico-sociale générée par des établissements psychiatriques

Les structures et services prenant en charge les personnes handicapées psychiques et autistes représentent une part croissante de l'offre PH. À partir des données disponibles, la part des capacités en MAS et FAM pour le handicap psychique représente ainsi respectivement 55 % et 16 % de l'équipement régional en MAS et FAM. Deux SAMSAH dédiés au handicap psychique sont identifiés dans le Finistère et le Morbihan. Aucun SAMSAH de ce type n'existe dans les autres départements. À noter qu'en Bretagne l'accompagnement du handicap psychique est également pris en compte en centre de pré-orientation professionnelle (CPO) dans trois départements sur quatre.

Tableau 4 : Offre spécialisée pour adultes en situation de Handicap psychique et d'autisme en Bretagne au 31/12/2010

Adultes handicapés psychiques et autistes	Capacité régionale en places	Dont autisme	Taux d'équipement régional pour 1000 personnes de 20 à 59 ans
MAS	581	105	0,36
FAM	229	71	0,14
Total MAS-FAM	810	176	0,50
SAMSAH	85		0,05
ESAT	379	15	
CPO	50		
Accueil temporaire	2	2	
Total de l'offre	1326	193	

On observe le développement croissant d'une offre médico-sociale gérée par des établissements psychiatriques. Il est lié aux transformations de l'offre sanitaire psychiatrique des dernières décennies qui se sont notamment effectuées au bénéfice du secteur médico-social, avec la création de places de MAS et de FAM issues de la reconversion de lits de psychiatrie.

9 établissements psychiatriques gèrent des structures médicosociales du champ du handicap, répartis de façon homogène sur la région. Il s'agit pour l'essentiel de structures du champ adulte. C'est ainsi qu'au sein des places de MAS/FAM repérées "handicap psychique", 82,8 % des places de MAS (481 places sur 581) et 54,6 % des places de FAM (125 places sur 229) sont gérées par des établissements psychiatriques, selon la répartition géographique suivante :

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

Les GEM (Groupes d'entraide mutuelle) ont été créées en 2005 dans l'objectif de contribuer à l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques qui se trouvent souvent en situation d'isolement et d'exclusion sociale. Le GEM est un lieu d'échanges, d'activités et de projets, géré par les personnes qui le composent réunies en association loi 1901 et accompagné par un personnel d'encadrement salarié. **Avec son réseau de 24 GEM représentant plus de 1 600 adhérents, le développement des GEM a été particulièrement dynamique en Bretagne.** Le territoire est relativement bien couvert, même si quelques zones en sont encore dépourvues. L'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux reconnaissent le rôle très positif de ces groupes.

Tableau 5 : Offre en MAS/FAM pour adultes en situation de Handicap psychique et d'autisme gérée par un établissement psychiatrique

Départements	MAS : capacité en places gérée par un établissement psychiatrique	FAM : capacité en places gérée par un établissement psychiatrique
22	147	60
29	30	15
35	195	0
56	109	50
Total Bretagne	481	125

2.2.3 Diagnostic global

a) La santé mentale dans ses composantes sanitaires, médico-sociale et sociale est un sujet perçu comme sensible et important par les acteurs des collectivités territoriales.

Les schémas départementaux des conseils généraux ont intégré la problématique du handicap psychique dans leurs orientations en mettant l'accent sur quatre points :

- Le travail en réseau entre sanitaire et médico-social : préoccupation commune visant l'amélioration de la continuité des soins et de l'accompagnement par le biais de conventions et charte de coopération entre structures, rencontres entre professionnels et promotions d'expériences, mises en place d'équipes psychiatriques de liaison. Un modèle de charte régionale a été élaboré et promu essentiellement en Ille-et-Vilaine.
- L'accompagnement dans le milieu ordinaire : axe de développement préconisé dans les 4 départements à travers la création de services tels que : SAVS, SAMSAH, habitat regroupé, accueil de jour, accueil temporaire, GEM.
- La prévention et la prise en compte des situations d'urgence ou de crise : préoccupation inscrite dans 2 schémas, soit par la création d'une cellule de traitement des situations d'urgence ou par l'instauration d'un numéro d'appel d'urgence. L'élargissement des plages d'ouverture de certaines structures est préconisé en Ille-et-Vilaine (ex : CMP, accueil de jours le week-end)
- L'évaluation des besoins de cette population : axe de réflexion affiché pour l'un des départements (Côtes d'Armor).

b) Conséquence des évolutions sociétales et du développement d'une offre moins stigmatisante et plus diversifiée, la demande s'exprime plus et mieux, tant dans le champ sanitaire que social et médico-social.

Les files actives sont à la hausse et les Bretons ont un taux de recours en psychiatrie adulte supérieur à la médiane nationale. L'augmentation de la demande d'accompagnement par des services sociaux et médicosociaux génère des listes d'attente et ses délais de prise en charge très supérieurs à ce qui serait souhaitable.

L'augmentation de la demande met le système face au défi de l'accès au soin et à l'accompagnement. Mais elle pose aussi la question des périmètres (où positionner la frontière entre ce qui relève du médical et ce qui relève du sociétal ? où positionner la frontière entre ce qui relève du médico-social et ce qui relève de dispositifs alternatifs de droit commun ?) et des modalités organisationnelles les plus adaptées aux besoins.

c) Le manque de connaissance fine des profils des personnes prises en charge dans les ESMS est un point faible important.

L'estimation des besoins non couverts, l'identification des besoins de formation et de support aux équipes, la mise en place de modalités organisationnelles adaptées ne peuvent en effet se développer sans la connaissance des profils des personnes actuellement accompagnées.

d) Les acteurs sociaux et médicosociaux sont devenus des partenaires essentiels de la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique, mais l'organisation du secteur pour prendre en charge l'accompagnement de ce handicap fait face à plusieurs difficultés

Difficulté d'appréhension du concept de handicap psychique, manque de psychiatres au sein des équipes des MDPH, délais de traitement des dossiers par les MDPH, difficultés rencontrées par des professionnels médicosociaux non formés à l'accompagnement du handicap psychique, insuffisance de présence des équipes de secteur psychiatrique au sein des ESMS pour assurer une continuité des soins.

e) Tant dans le champ sanitaire que dans celui du médico-social, on assiste au développement d'une spécialisation de l'offre

Dans le champ sanitaire, au côté de l'offre sectorielle de soins polyvalents, une offre de soins spécialisée s'est progressivement développée en direction de populations spécifiques (adolescents, personnes en situation d'addictions, personnes âgées, personnes en situation de précarité...). Ces prises en charge spécifiques nécessitant une mutualisation de moyens sont assez souvent intersectorielles. Elles concernent surtout les activités hospitalières mais se développent aussi en ambulatoire (CMP ado, équipe mobiles précarité ou géronto-psychiatriques). La question de l'équilibre souhaitable entre activité intersectorielle spécialisée et activité sectorielle polyvalente se pose de plus en plus nettement.

Dans le champ médico-social, aux côtés de dispositifs accueillant différents types de handicap se sont également progressivement développées des structures plus spécialisées. Les ITEP, sur la base des textes qui les définissent, sont ainsi des structures spécialisées. Dans le cadre du redéploiement de lits hospitaliers en places médicosociales, de nombreux hôpitaux psychiatriques ont développé des dispositifs médicosociaux spécialisés dans le handicap psychique. Un nombre croissant d'associations gestionnaires propose des services et des structures spécialisés (déficients auditifs, déficients intellectuels, autistes, déficients moteurs...). La question se pose du caractère souhaitable ou non de l'évolution vers des filières d'accompagnement par type de handicap, sachant qu'une plus grande spécialisation va de pair avec une moindre proximité pour les personnes.

f) Le manque de fluidité des parcours de soins et d'accompagnement est le problème majeur de l'offre actuelle

Les solutions aux principaux problèmes identifiés, qu'ils soient dans le champ sanitaire ou médico-social (saturation des lits, continuité des soins des personnes en situation de handicap psychique, manque de dispositifs de logement et d'insertion sociale pour permettre la sortie de certains patients, organisation des PEC pour des patients nécessitant un accompagnement au long cours, prévention des situations de crise...) passent par une articulation effective et organisée d'une part entre acteurs de psychiatrie et acteurs de proximité (médecins généralistes, acteurs sociaux et médicosociaux de proximité, entourage), d'autre part entre les dispositifs sanitaires et médicosociaux.

g) Deux enjeux de formation doivent être considérés pour permettre aux professionnels d'assurer la qualité de prise en charge attendue : améliorer l'adéquation de la formation des infirmiers de psychiatrie et répondre au besoin de formation et d'accompagnement des professionnels du médico-social

En psychiatrie la notion de plateau technique est centrée sur les compétences spécifiques des professionnels. Les infirmiers jouent à ce titre un rôle très important dans l'interaction avec les patients et sont amenés à suivre des patients et évaluer des situations (visites à domicile, consultations de 1^{ère} intention, suivi de patients en ESMS...). Or depuis le passage en 1992 à un cursus unique de formation des infirmiers, la spécialisation d'infirmier psychiatrique n'existe plus. Dans le cadre du Plan de Santé Mentale 2005-2008, un programme de tutorat a été mis en place pour pallier aux difficultés d'adaptation des jeunes professionnels et aux difficultés organisationnelles que cela pose aux services. Ce programme a pris fin avec le Plan. L'ARS a néanmoins décidé de reconduire ce programme de tutorat, qui sera cette fois-ci financé sur des fonds régionaux.

Au sein des ESMS, la proportion de personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme/TED croit de façon très notable depuis 2005 et les professionnels n'ont pas toujours bénéficié des formations et des accompagnements nécessaires.

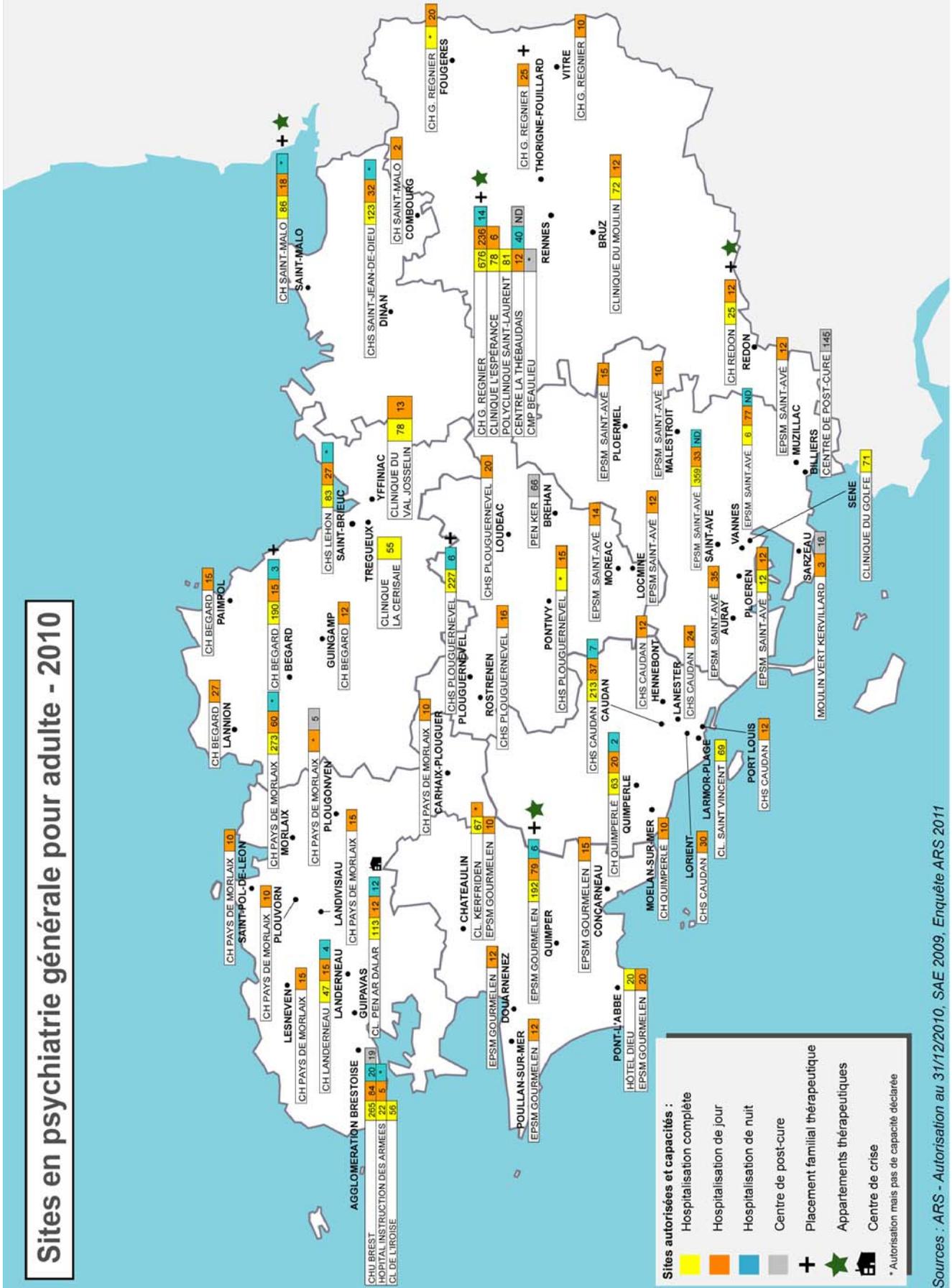
h) L'évaluation des politiques et des dispositifs est un point faible de l'action

De nombreux dispositifs, ont été successivement mis en place au cours des années, sans que l'effort de suivi et d'évaluation nécessaire ne soit développé afin de guider la prise de décision quant à leur pertinence, efficacité et efficience.

Sites en psychiatrie générale pour adulte - 2010

Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Réalisation : ARS Bretagne, 2011

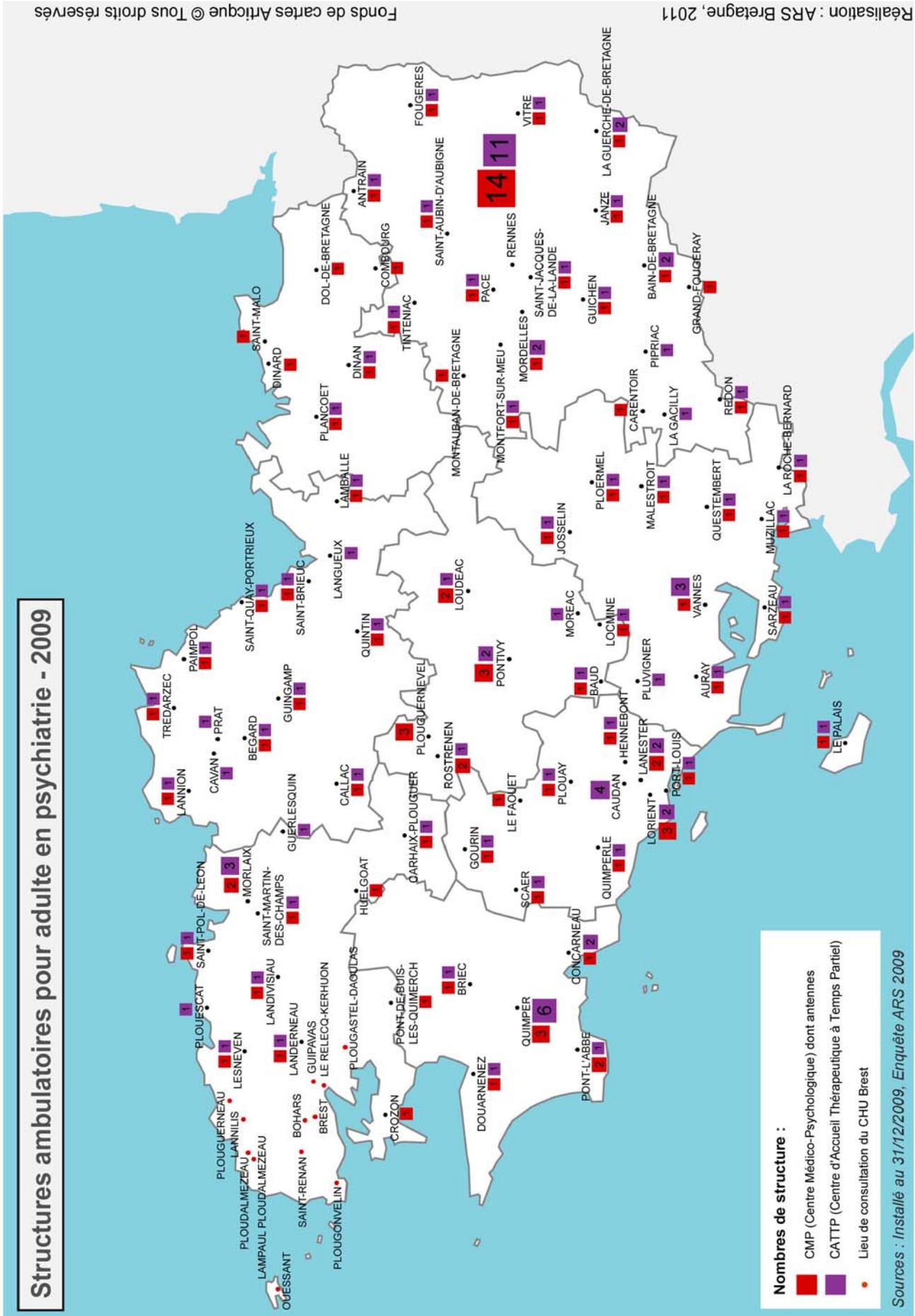


Sites autorisés et capacités :

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- Hospitalisation de nuit
- Centre de post-cure
- Placement familial thérapeutique
- Appartements thérapeutiques
- Centre de crise
- * Autorisation mais pas de capacité déclarée

Sources : ARS - Autorisation au 31/12/2010, SAE 2009, Enquête ARS 2011

Structures ambulatoires pour adulte en psychiatrie - 2009



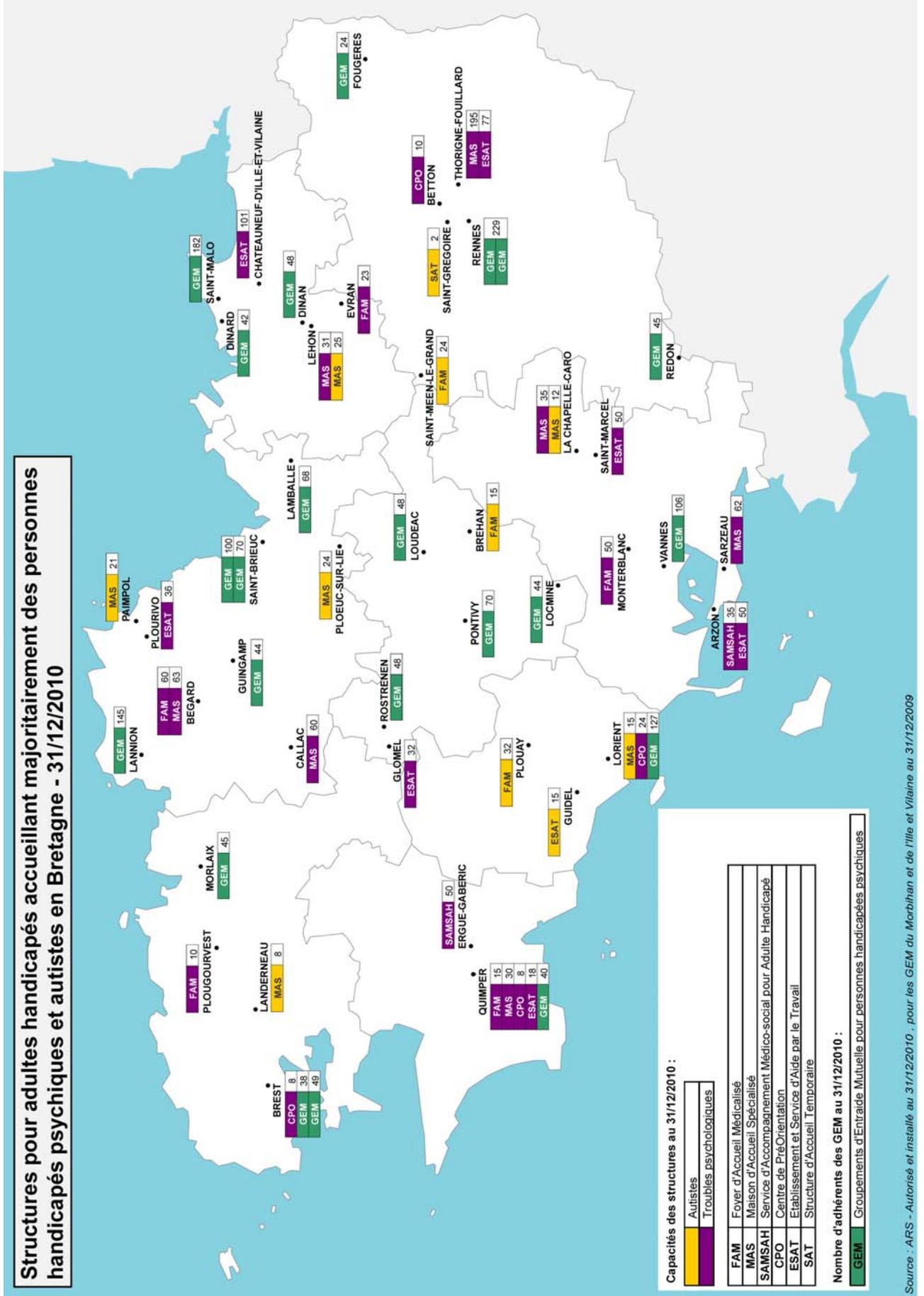
Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Réalisation : ARS Bretagne, 2011

Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Réalisation : ARS Bretagne, 2011

Structures pour adultes handicapés accueillant majoritairement des personnes handicapés psychiques et autistes en Bretagne - 31/12/2010



Source : ARS - Autorisée et installée au 31/12/2010, pour les GEM du Morbihan et de l'Ille et Vilaine au 31/12/2009

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

Le diagnostic régional a permis d'identifier un ensemble de sujets sur lesquels il apparaît prioritaire d'agir par des mesures de planification et d'organisation :

- Connaissance de l'offre et des besoins pour le handicap psychique et l'autisme/TED
- Accès aux consultations ambulatoires (CMP, centre de consultations), en particulier pour les enfants et adolescents (CMP & CMPP)
- Accès aux services d'accompagnement médicosociaux
- Clarification des rôles et des complémentarités des différents acteurs intervenant en proximité (SESSAD, SAMSAH, SSIAD, SAVS, équipes mobiles, équipes de secteur)
- Dispositifs de prévention et de gestion des situations de crise
- Saturation des lits de psychiatrie
- Identification de besoins prioritaires pour les prises en charge spécifiques de certaines populations
- Articulation des prises en charge des adolescents et du passage adolescents / adultes
- Modalités de prise en charge adaptées pour les patients hospitalisés au long cours
- Palette de logements / hébergements adaptés

Quatre grands enjeux ou objectifs stratégiques donnent le sens de l'action régionale :

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

En termes organisationnels, le secteur psychiatrique est maintenu comme modèle d'organisation territoriale en santé mentale. Son principe est réaffirmé dans l'ordonnance du 23 février 2010 et dans le décret du 31 mars 2010 qui ont modifié le code de la santé publique suite à la parution de la loi HPST. La psychiatrie de secteur, par son organisation de soins ambulatoires et hospitaliers, structure l'offre de soins et assure le socle de base de soins "généralistes" en psychiatrie. Le maintien d'une offre de soins diversifiée permettant l'exercice du libre choix du médecin est garanti par la présence sur les secteurs d'établissements psychiatriques publics, privés d'intérêt collectif et de cliniques privées.

L'article L 3221-1 du code de la santé publique indique que « les établissements autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé ». En Bretagne, les limites des groupes de secteurs de psychiatrie sont assez largement superposables aux limites des huit territoires de santé validés par le directeur de l'ARS. À l'intérieur de chaque groupe de secteurs psychiatriques, des adaptations sont envisageables pour prendre en compte l'évolution des besoins de la population ou pour améliorer l'efficacité de l'organisation mise en place.

2.3.1 Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre acteurs

L'amélioration de la qualité des prises en charge et de la fluidité des parcours passe par une meilleure articulation des organisations et des pratiques des acteurs sanitaires, médicosociaux ou sociaux. Une double articulation est nécessaire :

- Articulation entre la psychiatrie de secteur et les acteurs intervenant en proximité du patient : médecins généralistes, services sociaux et médicosociaux, entourage.

- Articulation institutionnelle entre dispositifs sanitaires et médicosociaux.

La mise en place d'un dispositif de coordination organisé et légitimé est identifiée comme un élément clé. En s'appuyant sur les dynamiques existantes, un dispositif de coordination à deux niveaux piloté par une animation régionale sera mis en place :

- **Une coordination de proximité :** coordination de terrain, elle réunit les acteurs de proximité en santé mentale (médecins généralistes, acteurs sociaux et médicosociaux, équipes de secteur, psychiatres libéraux...). Elle a pour objectif d'améliorer concrètement, par l'interaction des acteurs, la qualité des prises en charge des personnes. Elle s'appuie des coordinations existantes.
- **Une coordination de référence :** elle rassemble les principaux acteurs institutionnels au niveau d'un territoire de santé ou d'un département (établissements sanitaires, dispositifs sociaux et médicosociaux, MDPH, représentants des médecins généralistes). Cette coordination de référence aura pour objectif de rechercher les moyens destinés à améliorer la fluidité des parcours et la cohérence de l'action.
- **L'animation régionale :** elle s'assure de la mise en place du dispositif, anime le processus notamment à travers l'identification de sujets prioritaires au sein du programme de travail, aide à la diffusion des réflexions et des expériences.

2.3.2 Favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire

- **La prise en charge ambulatoire : favoriser l'accès, clarifier les rôles, organiser l'articulation avec les acteurs de proximité**

Les Centres médico-psychologiques (CMP) assurent la prise en charge ambulatoire de la psychiatrie de secteur et assument le rôle de pivot du dispositif de secteur, à travers les missions d'accueil, d'évaluation, de diagnostic, de suivi et d'orientation. Au plan national, « la totalité des structures ambulatoires prend en charge 80 % des files actives annuelles de la psychiatrie publique, tout en ne représentant qu'environ le tiers du budget du secteur » (Source : Revue Pluriel n° 79, août 2009). En tant que porte d'entrée vers les soins psychiatriques, l'accès aux CMP est un élément essentiel de l'offre. Le maillage territorial des CMP s'est progressivement densifié améliorant ainsi leur accès (cf. cartographie). Cependant, pour la psychiatrie infanto-juvénile, cet accès demeure insatisfaisant comme en témoignent des délais d'attente de plusieurs mois en moyenne pour un 1^{er} rendez-vous hors urgence. La situation Bretonne est le reflet d'une tendance générale : « L'attente pour accéder à une consultation en CMP reste donc le talon d'Achille du dispositif de soin en pédopsychiatrie » 9 La mise en place de mesures organisationnelles visant la diminution du délai d'accès aux CMP pour la psychiatrie infanto-juvénile est une priorité.

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) sont des structures médicosociales, lieux de consultations ambulatoires pour enfants et adolescents, dont l'activité est proche de celle des CMP de pédopsychiatrie. Les délais d'attente dans ces structures sont également le plus souvent de plusieurs mois. Il est souhaitable d'explicitier les rôles et d'organiser les complémentarités entre CMP et CMPP afin d'optimiser les réponses apportées aux patients.

La capacité des CMP à se déplacer en proximité du patient lorsque cela s'avère utile et à se positionner en interface et en appui aux acteurs de proximité (médecins généralistes, acteurs sociaux et médicosociaux, entourage) est un élément déterminant pour la continuité et la qualité des soins et pour la prévention des situations de crise. Ce rôle d'interface est très inégalement mis en œuvre. La promotion de politique volontariste en matière de visites à domicile et de lien avec les acteurs de proximité doit être un élément important des politiques d'établissement. Des modalités de coopération novatrices pourraient être expérimentées dans le cadre de la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires. Cette politique s'appuiera sur le dispositif de coordination.

- **L'accompagnement en milieu ordinaire : poursuivre le développement des services sociaux et médicosociaux sur la base d'une connaissance améliorée des besoins et de l'offre actuelle**

La transformation du paysage médico-social en faveur d'une offre diversifiée privilégiant l'accompagnement en milieu ordinaire est en cours et doit être poursuivie. Dans ce contexte, les services d'accompagnement en milieu ordinaire (SESSAD, SAMSAH, SAVS) deviennent un élément essentiel du dispositif. Face à une demande en forte croissance, la planification de leur développement s'appuiera sur une connaissance améliorée, quantitative et qualitative, des besoins et de l'offre.

- **Renforcer les actions support au maintien de la personne dans son environnement : soutenir les GEM et contribuer au développement de la palette d'offre de logements / hébergements adaptés**

Pour que les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire aient lieu, il ne suffit pas que les services sanitaires et médicosociaux soient disponibles, il faut également que soient réunies certaines conditions favorables à l'intégration sociale de la personne dans le milieu ordinaire.

Le rôle des GEM (groupe d'entraide mutuelle) dans le maintien de la personne dans le milieu ordinaire par son intégration dans un réseau social est reconnu par l'ensemble des acteurs de santé mentale. Leur action doit être soutenue.

La problématique du logement participe à définir le degré d'autonomie de la personne et donc le type d'accompagnement qui lui est nécessaire (vie autonome en milieu ordinaire, accompagnement en milieu ordinaire, hébergement institutionnel). L'enjeu est de développer une palette d'offre suffisamment variée pour répondre à la diversité des besoins (logements sociaux, résidences accueil, hébergement institutionnel, appartements thérapeutiques...). Ce chantier nécessite un partenariat de l'ensemble des acteurs impliqués.

2.3.3 Adapter les dispositifs sanitaires et médicosociaux à l'évolution des besoins

- **Améliorer la connaissance des besoins et de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap psychique et d'autisme / TED pour améliorer leur planification**

L'enjeu est la construction par l'ensemble des acteurs concernés d'un système d'observation partagé, indispensable à la planification d'une offre adaptée aux besoins. Ce sujet fait l'objet d'une thématique du schéma régional médico-social.

- **La gestion de l'urgence et des situations de crise : développer les dispositifs ambulatoires de prévention et gestion des situations de crise et améliorer le circuit de l'urgence**

La capacité du système de soins à prendre en charge de façon adaptée les situations de crise ou d'urgence en santé mentale est un élément déterminant, parce qu'il peut s'agir de situations de gravité majeure, mais aussi parce que les modalités de la réponse peuvent plus ou moins favoriser l'inscription dans une démarche de soins.

Si les situations de crise émergent généralement dans le milieu de vie de la personne, elles font le plus souvent l'objet d'un adressage aux urgences par des circuits divers. Le dispositif d'accueil aux urgences des situations psychiatriques a nettement progressé. En revanche, d'une part la capacité de prise en charge des situations de crise **en amont** des urgences, d'autre part **le circuit** de prise en charge des patients vers les urgences lorsque cela s'avère nécessaire, ont besoin d'être améliorés (absence d'interlocuteur sanitaire clairement identifié, politiques sectorielles hétérogènes, absence de circuit sanitaire organisé de type SAMU...).

L'enjeu est double : d'une part agir de façon à favoriser lorsque cela est souhaitable la prise en charge ambulatoire du patient et éviter son hospitalisation ; d'autre part à chaque fois que l'hospitalisation est nécessaire, notamment pour les crises suicidaires, organiser un circuit de prise en charge sanitaire opérationnel et lisible pour l'ensemble des acteurs concernés.

- **Mettre en œuvre les mesures d'organisation territoriales liées à la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 réformant la loi de 1990 sur les hospitalisations sans consentement**

En Bretagne de 2005 à 2009 le nombre d'HSC a augmenté de 17 %, passant de 4163 à 4865. Leur poids au sein des hospitalisations complètes a légèrement augmenté passant sur la même période de 11,5 % (4 163 /36 036) à 13 % (4 865/37 846). Les modalités organisationnelles pour ce type de prise en charge varient d'un établissement à l'autre : activité intersectorielle ou non, recours ou non à des unités fermées spécialisées dans la prise en charge des HSC et de patients dont l'état clinique demande de façon provisoire des mesures plus contenant. Les évolutions récentes liées à la sécurisation mettent une pression particulière sur ces prises en charge. Une enquête sur les HSC en Bretagne effectuée à la demande de l'ARH a fait un point de situation en 2009 (Rapport d'enquête sur les hospitalisations sans consentement en région Bretagne - 2009 – ARH Bretagne).

La loi du 5 juillet 2011 qui réforme la loi de 1990 sur les hospitalisations sans consentement introduit notamment deux changements majeurs : le passage de la notion d'hospitalisation sans consentement à celle de soin sans consentement (des soins alternatifs à l'hospitalisation complète peuvent être choisis) et l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour toute hospitalisation complète sans consentement de plus de 15 jours puis de plus de 6 mois.

La mise en œuvre de la loi s'accompagne de deux mesures d'organisation territoriale qui relèvent de la responsabilité de l'ARS :

- L'organisation sur chaque territoire d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, en relation avec les SAMU, les SDIS, les services de police, de gendarmerie, les établissements sanitaires chargés de la prise en charge de ces patients, les groupements de psychiatres libéraux...). Cet objectif vient renforcer le point précédent sur la gestion de l'urgence.
- L'élaboration par les directeurs des établissements sanitaires chargés de la prise en charge de ces patients, de conventions avec le représentant de l'Etat, les collectivités territoriales et le Directeur général de l'ARS. Ces conventions expliciteront les modalités de collaborations des signataires en vue de favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous une forme alternative à l'hospitalisation temps plein.
- **Evolution de l'offre hospitalière : poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein dans un souci de réduction des inégalités territoriales; analyser les situations particulièrement aiguës de tensions sur les lits et identifier les leviers d'action**

Un phénomène de tension sur les lits est exprimé par la plupart des établissements, de façon plus ou moins aiguë et plus ou moins constante. Ce phénomène est objectivé par des taux d'occupation élevés pour un certain nombre d'établissements, un taux de recours aux soins de psychiatrie supérieur en Bretagne par rapport à la médiane nationale et des problèmes de fluidité des parcours.

Au-delà d'un taux d'équipement régional plutôt favorable, on observe qu'il n'y a pas de lien direct entre le taux d'équipement et la tension sur les lits. Pour certains territoires (ex : territoire 6), la situation de tension sur les lits, aiguë et constante, est associée à un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale (1,04 lits/1 000 hab). Mais les éléments quantitatifs et qualitatifs mettent en évidence que dans la majorité des cas, le phénomène de saturation est lié à un ensemble de facteurs extra (articulation avec les acteurs de l'amont et de l'aval) et intra-hospitaliers (accès aux lits d'UHCD des urgences, préparation de la sortie hospitalière, réactivité des services de suite) qui ont à voir avec les mécanismes de régulation. Le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein (hôpital de jour, hôpital de nuit, CATTP, Hospitalisation à domicile, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique) a été conçu comme le dispositif d'accompagnement de la diminution majeure du nombre de lits d'hospitalisation temps plein des dernières décades.

Ce développement s'est réalisé de façon inégale sur les territoires (l'association du taux d'équipement en HC et du rapport places d'HDJ/ lits HC est un indicateur intéressant de la diversification de l'offre). De plus HDJ et CATTP sont souvent utilisés comme des PEC relais de l'hospitalisation complète et insuffisamment comme des PEC support d'un suivi ambulatoire. Enfin, il est utile de rappeler que pour certaines personnes en situation de handicap psychique, la capacité à recourir aux alternatives à l'hospitalisation temps plein dépend aussi de l'accès à l'offre d'accompagnement social ou médico-social complémentaire.

Il conviendra donc

- De poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein en tenant compte des taux d'équipement ainsi que des besoins spécifiques par territoire.
- D'analyser les situations particulièrement aiguës de tension sur les lits afin d'identifier les leviers d'action appropriés à chaque situation. Dans ce cadre, les mesures organisationnelles concernant la prise en charge des personnes hospitalisées au long cours, la prévention des situations de crise en ambulatoire et la qualité de préparation des sorties hospitalières seront examinées.

• **Développer des prises en charge à l'attention de populations spécifiques**

Dans un contexte budgétaire contraint il convient de trouver l'équilibre entre le besoin de "spécialiser" certaines prises en charge pour en améliorer la qualité et le besoin de maintenir l'accès au socle de base des soins psychiatriques. Le développement de l'un ne doit pas se faire au prix de l'autre. Certains groupes de population seront priorisés :

Personnes avec autisme / troubles envahissant du développement : décliner le plan national

Le Plan Autisme 2008-2010 étendu à 2012 a pris acte des avancées, mais aussi des insuffisances importantes, en particulier en termes de précocité et de qualité du diagnostic, d'adéquation des prises en charge et d'inclusion dans le milieu ordinaire. Le 3^e Plan Autisme 2013-2017 présenté le 2 mai 2013, dans la continuité du plan, entame une nouvelle étape de la politique en faveur des personnes présentant des troubles envahissants du développement et en particulier l'autisme.

Cinq objectifs sont fixés dans le plan avec un fil rouge : la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique de la HAS et de l'ANESM.

- 1) Dépister et diagnostiquer et intervenir précocement
- 2) Accompagner tout au long de la vie
- 3) Soutenir les familles
- 4) Poursuivre la recherche
- 5) Sensibiliser et former l'ensemble des acteurs

La déclinaison régionale de ce plan est un enjeu important. Elle s'inscrira dans les propositions du plan en s'attachant notamment à développer le repérage, le diagnostic et les interventions précoces ; à évaluer l'offre et les besoins afin d'accompagner l'évolution de l'offre ; et à améliorer la connaissance par les acteurs concernés des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM.

Adolescents : compléter l'offre d'hôpital de jour, conforter les MDA dans leur rôle de coordination, améliorer l'articulation entre dispositif ado et adulte

Sur le plan sanitaire, la prise en charge des adolescents entre dans le cadre de l'offre de psychiatrie infanto-juvénile qui couvre la tranche d'âge de 0 à 16 ans. Sur le plan médico-social, les ESMS pour enfants couvrent des tranches d'âge variable entre 0 et 18 ans.

Dans le cadre des travaux du PRS, l'amélioration de l'offre en santé mentale à destination des adolescents a été identifiée comme un sujet prioritaire nécessitant des améliorations organisationnelles de trois ordres :

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

- L'offre psychiatrique pour adolescents en hôpital de jour est incomplète. S'il existe des HDJ de psychiatrie infanto-juvénile sur tous les territoires, un certain nombre ne prend pas en charge les enfants au-delà de 10 ou 12 ans. Or en psychiatrie infanto-juvénile, l'hospitalisation temps plein étant très limitée, l'HDJ représente un maillon fort de prise en charge lorsque l'ambulatoire ne suffit pas. La mise en place sur chaque territoire d'une offre d'HDJ capable de prendre en charge les adolescents doit être envisagée de façon prioritaire.
- Comme pour les personnes en situation d'addiction et les personnes âgées, la qualité de la prise en charge des adolescents présentant des problématiques complexes dépend beaucoup de la capacité de ces acteurs impliqués à mener une action concertée et coordonnée. Les acteurs du social et du médico-social expriment des difficultés de continuité des soins pour les adolescents qu'ils accompagnent par manque d'articulation avec les acteurs de pédopsychiatrie. Les maisons des adolescents (MDA) ont été mises en place dans les quatre départements au cours du SROS 3. Elles ont une fonction de mise en "réseau" de l'ensemble des intervenants de l'adolescence qui devrait répondre à ce besoin d'articulation. Dans le cadre du dispositif de coordination, les MDA participeront à la coordination de référence et viendront en appui des coordinations de proximité pour améliorer ces articulations.
- Tant au niveau sanitaire que médico-social, la transition de prise en charge entre les dispositifs adolescents et les dispositifs adultes ne se fait pas de façon "huilée". Les potentielles ruptures de prises en charge ou de prises en charge non adaptées peuvent avoir des conséquences sérieuses pour de jeunes adultes en situation de fragilité. Les modalités d'amélioration de ces transitions devront être étudiées dans le cadre du dispositif de coordination.

Personnes en situation d'addiction : poursuivre la structuration d'une offre spécialisée transversale aux différents champs de compétence de l'ARS

Les circulaires du 16 mai 2007 et du 26 septembre 2008 relatives à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et à la filière hospitalière de soins en addictologie définissent les contributions des différents champs (médico-social, sanitaire, ville...) à l'offre d'une palette de soins et d'accompagnement couvrant les parcours possibles selon la sévérité de l'addiction et des co-morbidités somatiques, psychologiques ou psychiatriques. Le principe d'un schéma régional médico-social d'addictologie reposant sur un maillage territorial de CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et de CAARUD y est posé, ainsi que celui d'une organisation hospitalière graduée en trois niveaux (niveau 1 : offre de proximité, niveau 2 : offre de recours, niveau 3 : universitaire proposant une offre de recours mais aussi un centre de ressources, de formation et de recherche). Les composantes de la filière hospitalière incluent les consultations, le court séjour, l'équipe de liaison, l'hospitalisation de jour et les soins de suite et de réadaptation. La psychiatrie et le MCO contribuent à la mise en place de ces filières.

Un schéma régional médico-social d'addictologie a été acté en janvier 2010 et sur le plan sanitaire, l'identification des établissements de niveau 1 et 2 a été effectuée au cours du SROS 3.

Les addictions sont une problématique particulièrement importante dans la région et la qualité de la réponse du système de santé dépend en grande partie de la capacité à proposer un accompagnement pluri-professionnel concerté sur la durée, d'une part entre les professionnels sanitaires du MCO et de psychiatrie, d'autre part entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social et de la prévention/promotion. La fiche transversale addictologie de ce schéma indiquera les priorités d'action pour ce PRS. Les évolutions de l'offre d'addictologie en psychiatrie seront à examiner dans ce cadre plus global.

Personnes âgées : définir une politique régionale partagée

Le vieillissement de la population s'accompagne de deux phénomènes ayant des conséquences potentielles pour la psychiatrie. D'une part certaines personnes âgées sans antécédents psychiatriques vont développer des pathologies psychiatriques liées au vieillissement, d'autre part la population des patients psychiatriques vieillissant nécessite un accompagnement adapté. Ces problématiques nécessitent sur le plan sanitaire des prises en charge faisant intervenir la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie.

L'élaboration d'une politique régionale partagée entre acteurs de la gériatrie et de la psychiatrie sur les besoins spécifiques de prises en charge concernant les problèmes de santé mentale de la personne âgée est nécessaire.

2.3.4 Améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social

• Améliorer la connaissance et la reconnaissance mutuelle des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social

Le dispositif de coordination peut être un support précieux pour améliorer la connaissance mutuelle, expliciter et clarifier les rôles, articuler les missions, organiser des formations.

• Renforcer la psychiatrie de liaison médico-sociale sur la durée du schéma est une priorité

La continuité des soins au sein des services médicosociaux est un élément très important de la qualité de prise en charge et de la prévention des situations de décompensation et de crise. La présence des équipes psychiatriques dans les services médicosociaux s'est développée en direction des Ehpad et des établissements pour PH. Mais cela se fait de façon très variable d'un établissement à l'autre et au sein d'un même établissement d'un secteur de psychiatrie à l'autre.

Comme le note la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale dans son rapport d'activité 2008-2010 : « L'effort accompli pour la psychiatrie de liaison à l'intérieur des structures hospitalières, au bénéfice des patients relevant du MCO, au cours des deux dernières décennies, doit maintenant pouvoir s'étendre ou se renforcer, sur ce même modèle, à tout le secteur social et médico-social ».

- **Mener une réflexion régionale concernant les personnes nécessitant une prise en charge de longue durée**

Les éléments diagnostiques régionaux mettent également en évidence un poids des hospitalisations supérieures à un an sur le total des hospitalisations très variable d'un établissement à l'autre, mais pouvant être très important pour quelques-uns (50 % et plus).

La note conjointe DGS, DGCS, DGOS, CNSA du 21 juin 2011 relative à la mise en œuvre d'une démarche régionale de coordination des acteurs autour d'un projet de vie et de soins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie, dans le cadre de la mise en œuvre des PRS, fait le constat suivant : « Les différentes enquêtes déjà conduites en région sur cette problématique mettent en évidence, nonobstant les écarts dans les approches et les méthodologies employées, qu'en moyenne, un jour donné, 20 à 40 % des hospitalisations en psychiatrie sont des séjours longs et que, parmi eux, 60 à 70 % sont inadéquats ». Cette note, accompagnée de documents supports de la MNASM (Mission nationale d'appui en santé mentale), propose une démarche régionale coordonnée.

L'enjeu est d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes ayant une pathologie psychiatrique chronique lourde, que celle-ci impose une prise en charge hospitalière de longue durée ou qu'elle relève d'une prise en charge médico-sociale. Cet objectif implique une démarche conjointe, sanitaire et médico-sociale, pilotée par l'ARS conjointement avec les conseils généraux.

2.4. PLAN D' ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs
<p>Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre acteurs</p>	<p>Développer sur l'ensemble du territoire régional un dispositif de coordination des acteurs de santé mentale sanitaires, sociaux et médico-sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir la méthodologie de mise en place et d'animation d'un dispositif de coordination des acteurs de santé mentale comprenant : • Un niveau de coordination de proximité : réunissant les acteurs intervenant en proximité auprès des personnes, son objectif est l'articulation très concrète des acteurs de proximité pour améliorer la qualité des prises en charge et la fluidité des parcours. La démarche s'appuiera sur les coordinations locales existantes. • Un niveau de coordination de référence (territorial ou départemental) dont l'objectif est de réunir les acteurs à même d'appuyer les mécanismes d'articulation visant la fluidité des parcours et la cohérence de l'action. Il s'appuiera sur les orientations régionales et sur les remontées des coordinations de proximité. • Une animation régionale: plateforme d'échanges des coordinations de référence, d'harmonisation des pratiques, d'identification de sujets prioritaires. Le travail méthodologique en déterminera la composition et les missions. • Mettre en œuvre le dispositif et en assurer l'animation <p>Envisager des modalités de coopération à même de faciliter les approches décloisonnées</p>	<p>Existence d'une méthodologie précisant les modalités de mise en œuvre du dispositif de coordination</p> <p>Nombre de coordinations de référence formalisées mises en place</p> <p>Part des coordinations de référence se réunissant au moins 2 fois /an</p>
<p>Favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire</p>	<p>Améliorer l'accès aux CMP de pédopsychiatrie par la réduction des délais de rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire la réduction des délais d'attente pour un premier rendez-vous dans les CMP de pédopsychiatrie dans les objectifs des politiques d'établissement. • Mettre en œuvre des mesures organisationnelles à même de réduire les délais (accueil infirmier en première intention, possibilité d'accueil direct par un psychologue, plages de consultations non programmées, amplitude horaire...). • Suivre l'effet de ces mesures sur les délais d'accès <p>Optimiser les rôles respectifs des CMP de pédopsychiatrie et des CMPP et organiser leur complémentarité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer en lien avec les CMPP un rapport d'activité type • Développer un groupe de travail avec les acteurs de pédopsychiatrie et les CMPP afin de clarifier leurs rôles respectifs et organiser les complémentarités. <p>Promouvoir des politiques d'établissement (sanitaire et médicosocial) volontaristes en matière d'articulation entre les acteurs de proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer au dispositif de coordination. • Améliorer la qualité de la préparation de la sortie de l'hôpital et notamment du relais de PEC par les acteurs de proximité • Mettre en œuvre des mesures organisationnelles facilitant les articulations avec les acteurs de proximité, en s'appuyant notamment sur les maisons de santé pluridisciplinaires : lisibilité de l'organisation de secteur, identification d'une personne contact par secteur pour les MG, appel des MG lors de la sortie du patient, visites à domicile lorsque la situation le demande, contact avec les acteurs de proximité pour l'organisation du suivi de la PEC. • Organiser le développement progressif de dispositif ambulatoire de prévention et de gestion des situations de crise. Poursuivre dans ce cadre, en direction des aidants et des professionnels, une politique régionale de formation au repérage de la crise suicidaire, à la prévention et la gestion des situations de crise <p>Développer des études pour améliorer la connaissance des modalités de fonctionnement des services d'accompagnement médico-social, en appui à la planification de leur développement</p> <p>Pérenniser et accompagner l'action des GEM (groupes d'entre-aide mutuelle)</p> <p>Contribuer en partenariat avec les acteurs concernés au développement de la palette d'offre de logements / hébergements adaptés</p>	<p>Délai de 1er RDV hors urgence pour chaque CMP de pédopsychiatrie</p> <p>Part des coordinations de référence ayant traité l'organisation du relais de PEC par les acteurs de proximité à la sortie de l'hôpital</p> <p>Part des coordinations de réf ayant traité du développement de mesures de prévention/gestion des situations de crise au niveau des acteurs de proximité</p> <p>Nbre de professionnels ayant bénéficié de formations organisées par l'ARS à la prévention /gestion des situations de crise en santé mentale et notamment au repérage de la crise suicidaire.</p> <p>Nbre d'aidants ayant bénéficié de formations organisées par l'ARS à la prévention /gestion des situations de crise en santé mentale et notamment au repérage de la crise suicidaire</p>

Objectifs	Actions	Indicateurs
<p>Adapter les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à l'évolution des besoins</p>	<p>Elaborer une méthodologie d'actions, en lien avec les travaux sur l'observation partagée du schéma médicosocial, pour améliorer le niveau de connaissance des besoins et de l'offre médicosociale pour les personnes en situation de handicap psychique</p> <p>Renforcer le dispositif de réponse aux urgences et aux situations de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affiner le calibrage des équipes psychiatriques dans les services d'urgence, en particulier la nuit et le week-end, en fonction de l'importance de l'activité. • Préserver et renforcer les modalités organisationnelles adaptées à la prise en charge des tentatives de suicide en particulier l'accueil en UHCD et l'organisation de la prise en charge en aval de la crise suicidaire. • Dans le cadre du dispositif de coordination, mener des travaux prioritaires sur l'organisation de la réponse aux urgences et aux situations de crise : • Développer des dispositifs ambulatoires de réponse aux situations de crise en lien avec les acteurs de proximité concernés (association d'usagers et de familles, médecins généralistes, acteurs sociaux et médico-sociaux, services de police et de secours) • Organiser au sein de chaque territoire de santé le circuit de réponse sanitaire à l'urgence et aux situations de crise avec l'ensemble des partenaires impliqués (C15 et SAMU, établissements sanitaires autorisés en psychiatrie, établissements sanitaires autorisés en médecine d'urgence, représentants de la médecine générale, établissements et services sociaux et médico-sociaux, associations d'usagers et de familles). <p>Poursuivre l'adaptation du dispositif hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein (HDJ, CATTP, AFT, AT) dans un souci de réduction des inégalités territoriales • Encourager l'accès direct à l'HDJ à partir du suivi ambulatoire. • Examiner les conditions de reprise du programme de tutorat des infirmiers en psychiatrie. • Analyser les situations particulièrement aiguës de tension sur les lits pour identifier les leviers d'action appropriés à chaque situation (on pourra examiner dans ce cadre les modalités de PEC des personnes hospitalisées au long cours, de prévention des situations de crise en ambulatoires, de la qualité de la préparation de la sortie hospitalière) • Examiner la possibilité d'ajuster la capacité de lits d'HC pour les territoires cumulant une capacité en lits proche ou inférieure à la moyenne nationale et un problème important de saturation des lits <p>Prioriser le développement des prises en charge de populations spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la déclinaison régionale du Plan Autisme • Maintenir le Comité Technique Régional Autisme comme interlocuteur technique pour la mise en œuvre du Plan Autisme. • Contribuer à l'amélioration de la connaissance quantitative des besoins et de l'offre d'accompagnement de personnes avec autisme ou TED • Mettre en place les principes d'organisations prévus par le Plan Autisme : conforter le centre régional Autisme (CRA) dans son rôle d'expertise et de centre ressource régional, en lien avec les équipes hospitalières associées du CHGR et St Avé ; identifier au moins une équipe pluridisciplinaire de diagnostic de proximité par département à même de poser un diagnostic de TED dans des conditions conformes aux recommandations de la HAS ; créer un pôle régional d'intervention très précoce associés au réseau de diagnostic complexe et composés d'un SESSAD et d'un CAMSP, créer des unités d'enseignement en classe maternelle en lien avec l'éducation nationale ; développer la coordination avec l'ensemble des acteurs de proximité. • Poursuivre le développement de la palette d'offre de soins et d'accompagnement à travers des actions de formation et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, le suivi et l'évaluation de nouveaux modèles d'accompagnement, l'amélioration de l'accès aux soins somatiques des personnes autistes, l'identification et la planification des besoins. 	<p>Part des territoires de santé disposant d'un circuit de réponse sanitaire à l'urgence et aux situations de crise élaborées de façon concertée et formalisée</p> <p>Rapport places HDJ / lits d'hospitalisation temps plein</p> <p>Effectivité de la rédaction d'un bilan annuel autisme</p>

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

Objectifs	Actions	Indicateurs
<p>Adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et sociaux à l'évolution des besoins</p>	<p>Adolescents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter l'offre HDJ pour adolescents sur les territoires qui n'en sont pas pourvus • Pérenniser les MDA comme lieu de coordination des acteurs et des prises en charge, notamment en venant en appui aux coordinations de proximité • Développer des modalités d'amélioration des transitions dans les prises en charge ado/adultes <p>Personnes en situation d'addiction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir un point de situation régional de l'offre psychiatrique en addictologie • Les actions à mener dans ce domaine sont à envisager en synergie avec les orientations proposées dans la fiche transversale addictologie <p>Personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engager une réflexion conjointe avec la gériatrie pour identifier les besoins spécifiques de prise en charge, élaborer une vision partagée des priorités et des rôles respectifs de la gériatrie et de la psychiatrie et formuler un plan d'action. 	<p>Part des territoires de santé disposant d'un HDJ recevant des adolescents</p> <p>Effectivité de la mise en place d'un groupe de travail entre acteurs de santé mentale et de gériatrie pour préciser les besoins et les rôles</p>
<p>Améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social</p>	<p>Dans le cadre du dispositif de coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la connaissance mutuelle et l'acquisition d'une culture commune de santé mentale, • Expliciter et clarifier les rôles des différents acteurs (équipes de secteurs, SAVS, SESSAD, SAMSAH), • Elaborer des circuits de communication lisibles et opérationnels, • Favoriser les échanges de pratiques et la résolution de problèmes • Organiser des formations des professionnels médicosociaux à la prévention et la gestion des situations de crise, • Organiser le renforcement des collaborations entre les établissements de psychiatrie et les MDPH (en particulier étudier les possibilités de renforcer la contribution des psychiatres dans l'évaluation des situations de handicap psychique) <p>Poursuivre et renforcer la psychiatrie de liaison médico-sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir des politiques d'établissement volontaristes en la matière, avec élaboration de conventions écrites précisant le cadre d'action, - Renforcer la psychiatrie de liaison en direction des établissements pour personnes handicapées, avec une priorisation sur le secteur enfance/adolescence, - Encourager la psychiatrie de liaison dans les EHPAD par les équipes de secteur de psychiatrie générale. <p>Améliorer la réponse aux besoins de PEC et d'accompagnement des patients nécessitant une prise en charge de longue durée, en commençant par les établissements sanitaires qui présentent un indicateur élevé de patients au long cours</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'appuyer pour cela sur la note du 21 juin 2011 DGS, DGCS, DGOS, CNSA et sur les documents supports de la MNSAM 	<p>Part des coordinations de référence ayant traité de la poursuite et du renforcement de la psychiatrie de liaison médico-sociale</p> <p>Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an</p>

3. LES ADDICTIONS

Les conduites addictives sont une priorité forte de santé publique pour la Bretagne : elles sont la principale cause de mortalité prématurée dans notre région et elles ont de fortes incidences sur la consommation de soins ou encore les difficultés sociales.

Les réponses pour être efficaces doivent :

- reposer sur une approche globale de la personne, centrée sur les comportements ;
- s'appuyer sur une politique transversale intégrant la prévention et promotion de la santé, la réduction des risques, le repérage, l'accompagnement médico-social et la prise en charge sanitaire hospitalière et ambulatoire ;
- s'inscrire sur des territoires en articulant les soins spécialisés en addictologie et les soins de proximité.

Le PRS, à travers le schéma régional de prévention et cette fiche transversale, entend positionner les addictions comme un véritable enjeu de santé publique, avec la nécessité d'articuler les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge médico-sociale et sanitaire au niveau régional et dans chaque territoire de santé.

PERSONNES EN SITUATION D'ADDICTION : ADAPTER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

31. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

3.1.1 Définition du sujet et périmètre de la thématique

La politique nationale concernant les addictions a profondément évolué ces dernières années. La connaissance d'un mode d'action commun à toutes ces substances au niveau biologique, le développement des poly-consommations et le constat de caractéristiques communes des comportements (impossibilité répétée de contrôler son comportement, poursuite du comportement malgré la connaissance des conséquences néfastes) ont fait évoluer les concepts d'une approche par produits (tabac, alcool, drogues illicites), on est passé à une approche globale des conduites addictives.

Selon la CIM 10* (Classification Internationale des Maladies), les conduites addictives se classent en trois grands types de comportements : l'usage, l'usage nocif (ou abus selon le Diagnostic and Statistical Manual) et la dépendance :

- l'usage est caractérisé par une consommation de substance n'entraînant pas de complications somatiques ni dommages sociaux. Dans certaines circonstances (grossesse, conduite automobile par exemple) l'usage est dit « à risque ». Ces personnes relèvent du champ de la prévention.
- l'usage nocif ou abus est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages ;
- la dépendance se caractérise par l'apparition d'un état de manque en cas d'arrêt de consommation (sevrage). La dépendance peut être d'ordre physique et/ou psychique selon les produits : par exemple, le tabac induit une dépendance physique forte et psychique très forte, le cannabis une dépendance physique et psychique faible, l'alcool une dépendance physique et psychique très forte⁽¹⁾.

Au-delà des consommations de produits dits « psycho actifs » (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments), la notion de conduites addictives recouvre également des addictions sans produits (addiction aux jeux par exemple).

L'objet de cette fiche est de traiter plus spécifiquement du dispositif de prise en charge médico-sociale des personnes présentant des conduites addictives. Ce dispositif concerne les CSAPA⁽²⁾ (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD⁽³⁾ (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues).

3.1.2 Liens avec les orientations nationales et le PSRS de l'ARS Bretagne

Un Schéma médico-social d'addictologie couvrant la période 2009-2011 a été réalisé, arrêté par le préfet de région le 15 décembre 2009. Les travaux préparatoires à l'élaboration de ce schéma se sont déroulés sur 2008 et 2009 et ont permis un diagnostic approfondi, régional et territorial. Ces travaux restent d'actualité aujourd'hui, ainsi que les principaux axes du schéma médico-social. Aussi, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne a-t-elle décidé de s'appuyer sur ce travail et de l'intégrer dans le schéma médico-social, en l'actualisant dans le cadre de ses orientations.

Le plan « La prise en charge et la prévention des addictions, 2007-2011 » et le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 » définissent les priorités nationales dans ce domaine. Deux priorités concernent particulièrement le dispositif de prise en charge médico-sociale, à savoir « mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux » et « articuler davantage l'offre de soins de ville avec les secteurs sanitaire et médico-social ».

(1) B. Roques: *La dangerosité des drogues rapport au secrétariat à la santé, 1998.*

(2) Les missions des CSAPA sont définies par le décret n°2007-877 du 14 mai 2007.

(3) Les missions des CAARUD sont fixées par le Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005.

En Bretagne, les addictions étaient identifiées comme une priorité régionale inscrite dans les différents plans et schémas que sont le SROS 2006-2010 (volet santé mentale et psychiatrie et dans le volet soins de suite et réadaptation), le Schéma médico social d'addictologie 2009-2011 ainsi que le Plan Régional de Santé Publique 2004-2008.

L'organisation de la prévention et la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives par le dispositif médico-social s'intègrent dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé de Bretagne au travers de 2 des priorités régionales suivantes :

Priorité 1 : Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie et notamment 1.1.2 : prévenir les conduites addictives.

Priorité 2 : Favoriser l'accès à des soins de qualité, incluant l'accès équilibré sur le territoire et la qualité et l'efficacité des soins.

3.1.3 Relations partenariales sur le sujet

Les addictions sont une des thématiques transversales retenues par l'ARS de Bretagne, compte tenu de l'importance équilibrée et complémentaire de ses composantes prévention-promotion de la santé, réduction des risques, médico-sociale et sanitaire.

Le schéma médico-social en addictologie s'inscrit également dans le principe de territorialisation des actions et la concertation avec les acteurs et est cohérent avec les Plans MILDT départementaux élaborés par les Préfets.

32. DIAGNOSTIC RÉGIONAL ET TERRITORIALISÉ

3.2.1 Constats chiffrés

• La consommation d'alcool marquée par une pratique de l'ivresse

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

• Près de la moitié des jeunes de moins de 17 ans ont consommé du cannabis

La Bretagne est une des régions où le cannabis est le plus consommé parmi les jeunes : à 17 ans, 46 % des jeunes ont déjà expérimenté le cannabis (42.2 % en France) ; par ailleurs 30 % d'entre eux sont fumeurs quotidiens de tabac. Tous ces chiffres sont toutefois en diminution significative par rapport aux données 2005. Les garçons sont plus consommateurs que les filles. Les poly consommations sont fréquentes.

• Une surmortalité liée à ces consommations à risque

Chez les adultes, les conséquences sanitaires des consommations se traduisent notamment par une surmortalité pour les causes de décès liés au tabac (en augmentation chez les femmes) et une surmortalité prématurée pour les causes liées à l'alcool, malgré une diminution sur la période récente. La consommation de produits psycho actifs est également source d'accidentologie (route, travail, domestique), de violences, d'infractions (ivresse publique manifeste, infraction à la législation des stupéfiants, conduite en état alcoolique) toutes situations qui sollicitent le dispositif de soin. La consommation de produits stupéfiants pendant la grossesse et en particulier l'alcool, sont également responsables de conséquences sanitaires chez les enfants à naître.

Seuls 5 des 21 pays⁽⁴⁾ de Bretagne ont des indices de mortalité masculine liée aux pathologies alcooliques comparables à la moyenne française. Les 2 pays présentant les taux de surmortalité les plus importants sont le centre ouest Bretagne et le pays de Lorient (surmortalité de 90 % par rapport à la moyenne française).

Les pays de la bande centrale régionale présentent une mortalité liée aux pathologies alcooliques, chez les femmes comparables à la moyenne française. Les pays du littoral ont pour la plupart des indices supérieurs à la moyenne française (maximum + 68 % sur le pays de Guingamp).

En ce qui concerne les cancers liés au tabac, des voies aérodigestives supérieures chez les hommes la plupart des pays présentent une surmortalité des cancers des voies aérodigestives supérieures (variant de + 32 % dans le pays de Vannes à + 69 % sur le pays de Brest). Seuls 5 pays situés à l'est de la région ont des indices comparables à l'indice moyen français.

Chez les femmes, la mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures est comparable au niveau moyen français. Seuls 2 pays présentent une surmortalité : Brest (+ 34 %) et Redon-Vilaine (+ 59 %).

• **Un taux de consultations dans les centres de soins supérieur à la moyenne nationale**

Le schéma régional médico-social addictologie 2009-2011 a pu faire l'objet d'un bilan partiel. Toutes les données ne sont pas disponibles, en particulier la parution des premiers rapports d'activité des CSAPA en 2011. L'approche selon les concepts d'addictologie s'est traduite par une transformation de l'offre médico-sociale et la mise en place des CSAPA fin 2009 début 2010. Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) bretons avaient réalisé 9015 consultations en 2009, soit 4.7 pour 1000 habitants des 20 à 70 ans, ce qui est supérieur au taux moyen français de 3.5 pour 1000 habitants. Pour les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST), on comptait 4704 consultations, soit 61.3 pour 1000 habitants de 20 à 70 ans (taux de recours moyen français à 67.1).

Tous les CCAA et les CSST ont déposé une demande d'autorisation en qualité de CSAPA, examinée lors d'une séance spécifique du CROSMS du 9 octobre 2009. À ce jour, tous les CSAPA, soit 16 structures prévues au schéma médico-social ont été autorisées. 9 CSAPA sont gérés par un centre hospitalier et 5 par une association. Les visites de conformités ont débuté et seront réalisées selon une grille régionale au cours de l'année 2011.

Le dispositif médico-social en addictologie comporte également, au 31 mars 2011 : 4 Centres d'Accueil, d'Accompagnement et de Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD). Les CAARUD sont tous gérés par des associations. Le CAARUD de SidArmor dans les Côtes d'Armor ouvre 4 jours par semaine et dispose d'une unité mobile. Celui d'AIDES en Ille-et-Vilaine dispose d'un lieu fixe ouvert sur 3 jours mais pas d'unité mobile. Le CAARUD finistérien d'AIDES a 4 jours d'ouverture semaine mais pas d'unité mobile. Douar Nevez dans le Morbihan ouvre le lieu fixe du CAARUD 2 jours par semaine et dispose d'une unité mobile. L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies a réalisé son enquête nationale biennale sur les CAARUD en novembre 2010. Les résultats seront connus en 2012 et permettront une comparaison nationale.

• **Offre médico-sociale en addictologie par territoire**

Il existe au moins un CSAPA par territoire de santé, ainsi qu'un CAARUD par département. Le CAARUD d'AIDES assure une permanence à Quimper à raison d'une demi-journée par semaine.

Par ailleurs, certains territoires disposent de places d'Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) et d'autres de Lits Halte Soins Santé (LHSS). Cette offre est inégalement répartie. Les Territoires de Brest-Morlaix, Pontivy-Loudéac, Vannes-Ploërmel ne disposent pas d'offre d'hébergement ACT, LHSS. Le Territoire de Quimper compte 2 lits Halte Soins Santé gérés par le CCAS de Quimper, celui de Lorient-Quimperlé 4 places d'ACT (Association Douar Nevez), celui de Dinan – Saint-Malo 4 lits Halte Soins Santé (2 gérés par l'AMIDS et 2 par Noz Diez). Les Territoires de santé comptant le plus d'offre d'hébergement sont celui de Rennes avec 4 lits Halte Soins Santé (AIS 35) et 8 places d'ACT (Réseau Ville Hôpital 35) et celui de Saint-Brieuc avec 13 places d'ACT (Association Les Nouëlles) et 3 lits Halte Soins Santé. (Maison de l'Argoat). (Données au 31/03/2011).

3.2.2 Observations issues du diagnostic territorial

La réduction des risques est un des axes de la politique sanitaire concernant les toxicomanies ; un référentiel national est paru en 2005 et réaffirme l'importance des dispositifs visant à prévenir ou réduire les effets négatifs liés à la consommation de drogues (risques infectieux en particulier). La Réduction des Risques fait partie intégrante des missions des CSAPA et des CAARUD. Les indicateurs bretons mettent en évidence le besoin de renforcer la réduction des risques par les CAARUD, les CSAPA, en lien avec les autres partenaires :

- Pour la vente de Stéribox, la Bretagne est une des 4 régions les moins bien située.

Les automates sont un outil complémentaire de Réduction des Risques chez les injecteurs qui permettent d'augmenter la récupération de seringues usagées et renforcent l'accessibilité au matériel stérile pour des personnes sans contact avec le dispositif de soin. 5 automates permettant des échanges de seringues sont installés en Bretagne : 2 à Brest dans le Finistère gérés par l'association AIDES, 2 à Rennes en Ille-et-Vilaine gérés par l'association AAPF, 1 à Lorient dans le Morbihan géré par l'association Douar Nevez et aucun dans les Côtes d'Armor. En 2006 (dernière enquête réalisée par l'association SAFE pour la DGS et la MILDT) 44 % des départements français étaient dépourvus d'automates.

Les traitements de substitution sont une des modalités de prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés.

Les indicateurs disponibles dans ce domaine montrent que la substitution reste à développer en Bretagne. Les traitements de substitution sont en progression continue, mais le nombre de patients reste encore insuffisant au regard des besoins estimés. La Bretagne reste une des régions de France ayant le moins développé ces traitements. En 2009, 12.1 boîtes de Subutex sont vendues pour 100 habitants de 20-39 ans par an en Bretagne (en diminution/2008), pour une moyenne de 23.8 en France et 49 boîtes de Méthadone^o pour 44,4 en France.

Selon le schéma, la primo-prescription de méthadone, ainsi que sa délivrance doit pouvoir être assurée par au moins un CSAPA dans chacun des territoires de santé.

Ceci est effectif dans 6 territoires sur 8 en Bretagne : Brest-Morlaix-Carhaix, Quimper-Douardenez-Pont-l'Abbé, Lorient-Quimperlé, Vannes-Ploërmel-Males-

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

troit, Rennes-Fougères-Vitré-Redon, Saint-Brieuc-Guingamp-Lannion. Sur le Territoire de Saint-Malo-Dinan, la délivrance est assurée par les pharmacies d'officine; le CSAPA de Pontivy n'assure que la primo prescription, sur le territoire, la délivrance est assurée par les pharmacies d'officines mais également par les CNPS dépendants de Plouguernevel. La Commission Régionale concernant les traitements de substitution prévue par le schéma pour remplacer les comités départementaux de suivi des traitements de substitution n'a pas été installée.

Le PSRS a mis en exergue le besoin de fluidifier les filières et parcours et d'améliorer les transversalités. Dans le champ des addictions, le parcours thérapeutique du patient s'inscrit dans la durée et sa prise en charge peut relever successivement de l'offre hospitalière, ambulatoire et médico-sociale. C'est pourquoi une bonne articulation est indispensable. La visibilité des missions respectives des CSAPA et des structures sanitaires (notamment les consultations), les liens entre la médecine de ville et les autres acteurs de soins ambulatoires et les CSAPA, la coordination, reste à améliorer.

Enfin, le Schéma Régional d'Addictologie avait souligné le besoin d'organiser une réponse graduée de solutions d'hébergement, ainsi que la nécessité d'une évaluation fine des besoins sur la région (certaines solutions pouvant être régionales) et par territoire qui n'a pas été réalisée à ce jour.

LE BILAN TERRITORIAL DE L'IMPLANTATION DES CSAPA

Ce bilan concerne uniquement l'implantation des CSAPA, en référence à la déclinaison territoriale du schéma.

• TERRITOIRE DE SANTÉ N° 1 BREST-MORLAIX-CARHAIX

Prévu au Schéma :

Le territoire de santé N° 1 présente une offre médico-sociale d'addictologie organisée à partir des deux pôles urbains principaux : Brest et Morlaix.

- Le schéma prévoyait un CSAPA généraliste à Morlaix ainsi que des consultations de proximité à développer à Landivisiau et à Carhaix.
- Le CCAA et le CSST de Brest devaient fusionner en une même entité juridique afin de constituer un CSAPA généraliste, l'ensemble des activités devant se poursuivre sur deux sites distincts. Le schéma stipulait que des consultations de proximité devaient être développées à Landerneau et à Saint-Renan. L'extension de la couverture territoriale à Crozon était à étudier.

Réalisé :

Le CCAA de Morlaix a été autorisé à se transformer en CSAPA généraliste par arrêté préfectoral en date du 15 janvier 2010. Il est géré par le centre hospitalier. La visite de conformité a été effectuée le 18 mars 2010, elle a conclu à la conformité du CSAPA dont la prise en charge correspond aux missions d'un CSAPA généraliste. Des consultations pour les jeunes consommateurs sont mises en place le mercredi après-midi au CSAPA à Morlaix. Des consultations de proximité et de repérage précoce des usages nocifs sont proposées le mercredi après-midi à Landivisiau.

En outre, trois personnes de l'équipe du CSAPA ont suivi une formation en 2010 à la prise en charge aux addictions aux jeux.

Le CCAA et le CSST de Brest ont été autorisés à se transformer par fusion des deux structures en CSAPA généraliste par arrêté préfectoral en date du 15 janvier 2010. Il est géré par le CHU de Brest. La visite de conformité a eu lieu le 6 avril 2010 et a conclu à la conformité du CSAPA dont la prise en charge correspond aux missions d'un CSAPA généraliste. Le CSAPA de Brest fonctionne sur deux sites spécialisés mais avec la même entité juridique.

Des consultations jeunes consommateurs sont mises en place à Landerneau le mardi après-midi et à Saint-Renan le jeudi après-midi. Sur le site de l'ADI (Accueil Drogue Information), des consultations tabacologie sont proposées une fois par mois ainsi que des interventions de la diététicienne. L'accès aux appartements thérapeutiques a été ouvert aux patients du site Alcool.

Les consultations sur Crozon seront mises en place progressivement.

• TERRITOIRE DE SANTÉ N° 2 QUIMPER-DOUARDENEZ-PONT-L'ABBE

Prévu au Schéma :

Ce territoire de santé présente une offre médico-sociale d'addictologie organisée à partir de la ville de Quimper.

Il est le seul de la région où la fusion des deux structures n'a pas pu être réalisée dès le début du schéma. Il a donc été prévu dans le Schéma que le CSST deviendrait un CSAPA spécialisé en toxicomanie, tandis que le CCAA deviendrait un CSAPA spécialisé alcool avec une antenne à Douarnenez et une autre à Pont l'Abbé. Des consultations de proximité devant être développées à Douarnenez et à Concarneau par le CSAPA – toxicomanie.

Une formalisation de la coopération et la possibilité de rapprochement des deux structures devaient être étudiées dans la durée du schéma.

Réalisé :

Le CCAA géré par l'ANPAA a été autorisé à se transformer en CSAPA spécialisé Alcool tabac par arrêté préfectoral du 15 janvier 2010. Le CSAPA dispose de deux antennes, une à Douarnenez et une à Pont-L'Abbé. La visite de conformité a été effectuée le 2 mars 2010 et a conclu à la conformité de la structure hormis les locaux de l'antenne de Douarnenez qui ne permettent pas un accueil satisfaisant des usagers.

Le CSST géré par l'ESPM de Gourmelen à Quimper, a été autorisé à se transformer en CSAPA spécialisé en toxicomanie par arrêté préfectoral du 15 janvier 2010. La visite de conformité a été effectuée le 2 avril 2010 et a conclu à la conformité de la structure.

Le rapprochement des 2 CSAPA sur Quimper en vue d'une mutualisation des moyens, d'un rapprochement géographique, voire une fusion, devra être réalisé dans les trois ans. Une convention de partenariat a été signée entre les deux gestionnaires des CSAPA le 7 janvier 2011. Elle précise les modalités de partenariat, notamment en termes d'interventions communes, de formations, d'ateliers ou de groupes communs et la mise en place d'antennes d'accueil et de consultations en commun. Un comité de pilotage a été formé. La question du rapprochement géographique sera posée. Des locaux disponibles sur le site du CSAPA de l'ANPAA doivent faire l'objet d'une étude en vue d'une réorganisation commune des espaces de travail des deux structures.

Il est à noter que depuis la parution du schéma, des besoins de prise en charge ambulatoire en alcoologie et addictologie sont apparus sur le territoire de Concarneau, notamment depuis la mise en place de l'équipe de liaison en addictologie.

• TERRITOIRE DE SANTÉ N°3 LORIENT-QUIMPERLÉ

Prévu au Schéma :

Le territoire de santé 3 présente une offre médico-sociale d'addictologie organisée à partir des deux pôles urbains de Lorient et de Quimperlé.

Le schéma prévoyait :

- À Lorient : la transformation du CCAA de Lorient en CSAPA généraliste ; l'ensemble des activités développées devant être poursuivies. Les interventions auprès des détenus et des sortants de prison devaient être formalisées par une convention dans le cadre de la démarche globale de coordination des soins en addictologie.

L'Association Douar Nevez gère un appartement de coordination thérapeutique et un CAARUD situé à Lorient dont le schéma prévoyait le renforcement de l'accueil.

- À Quimperlé, le CCAA était rattaché au centre hospitalier auquel il était totalement intégré. Des patients venaient également des environs de Concarneau et de Quimper. Au regard des besoins de la population du bassin de Quimperlé, de la population déjà accueillie et de la forte implication de l'équipe, le CCAA de Quimperlé devait devenir un CSAPA généraliste. L'équipe propre du CSAPA devant être individualisée et les liens de coopération avec le centre hospitalier formalisés, les moyens devaient être renforcés.

Le développement de projets complémentaires était fonction de l'évolution des moyens, en particulier des consultations jeunes consommateurs et la délivrance de méthadone sur site.

Réalisé :

La visite de conformité du CSAPA de Lorient a été réalisée le 13 décembre 2010. Les activités de prise en charge des addictions sont gérées par une équipe pluridisciplinaire. Le centre assure la délivrance de la méthadone.

Des professionnels interviennent au centre pénitentiaire de Ploemeur et à la maison des adolescents de Lorient. Il était prévu que des conventions soient passées pour la prise en charge des détenus et personnes sortants de prison. L'association Douar Nevez ne les a pas mises en œuvre pour l'instant.

La visite de conformité du CSAPA de Quimperlé a été faite le 9 mars 2010. Le CSAPA de Quimperlé possède sa propre équipe. Des locaux nouveaux distincts seront affectés à l'activité du CSAPA. La file active du CSAPA de Quimperlé augmente (300 patients en 2009, 500 patients en 2010) ce qui nécessitera le renforcement des moyens en personnel particulièrement le temps de psychiatre et de psychologue.

Le centre de Quimperlé organise la délivrance de la méthadone par le biais des pharmaciens d'officine (pas de délivrance au CSAPA).

Le Territoire 3 se caractérise par un partenariat construit entre tous les acteurs de l'addictologie du territoire, incluant des médecins libéraux. Ce travail est formalisé dans le cadre du réseau « Relais 3 ».

• TERRITOIRE DE SANTÉ N° 4 VANNES-PLOËRMEL-MALESTROIT

Prévu au Schéma :

Le territoire de santé n° 4 présente une offre médico-sociale d'addictologie organisée à partir des deux pôles urbains principaux : Vannes et Ploërmel.

- À Vannes, l'association Douar Nevez devait constituer un CSAPA généraliste. Tous les patients présentant une problématique addictive, quel que soit le produit, sont pris en charge ; la méthadone est délivrée sur place.

Le centre intervient également à la Maison d'arrêt de Vannes et à la Maison des adolescents de Vannes. Les interventions auprès des détenus et des sortants de prison devaient être formalisées par une convention dans le cadre de la démarche globale de coordination des soins en addictologie ainsi que les interventions du CAARUD, géré également par Douar Nevez, à Vannes et à Ploërmel sous forme de permanences.

- À Ploërmel, au regard des besoins de la population du bassin de Ploërmel, de la population déjà accueillie, il était prévu au schéma que le centre de soins en addictologie de Ploërmel soit autorisé en qualité de CSAPA généraliste et l'équipe du CSAPA renforcée.

Réalisé :

La visite de conformité du CSAPA de Vannes a été réalisée le 1^{er} février 2011. Le CSAPA est généraliste et assure la délivrance de la méthadone. Les activités de prise en charge des addictions sont gérées par une équipe pluridisciplinaire.

Des professionnels interviennent au centre pénitentiaire de Vannes et à la maison des adolescents. Il était prévu que des conventions soient passées pour la prise en charge des détenus et des sortants de prison. Début 2011, l'association Douar Nevez n'a pas pu les mettre en œuvre. La visite de conformité du CSAPA de Ploërmel a eu lieu le 22 février 2011. Le CSAPA de Ploërmel est un CSAPA généraliste. Le centre ne dispense de méthadone.

Au regard des besoins de la population du secteur et du manque de structures de prise en charge au niveau local, l'activité du CSAPA devrait se développer. La structure a cependant des difficultés à trouver un psychiatre dans le secteur de Ploërmel pour assurer des vacations. La file active, stable depuis la création du CSAPA, devrait se développer en attirant des patients résidant dans l'ensemble des communes du pays de Ploërmel.

Des consultations avancées, dont les modalités sont à définir, pourraient être mises en place de manière régulière (hebdomadaire, bihebdomadaire ou mensuelle selon les besoins) dans différents sites du secteur éloignés géographiquement afin de pouvoir accueillir les patients ayant des difficultés de mobilité. Le territoire 4 est engagé dans un travail de coordination, nécessaire compte tenu de la pluralité et de l'éclatement de l'offre en addictologie.

• TERRITOIRE DE SANTÉ N° 5 RENNES-VITRÉ-REDON-FOUGÈRES

Prévu au Schéma :

Dans ce territoire n° 5, l'offre était composée de 4 CCAA (Rennes, Vitré, Redon, Fougères) rattachés à des établissements de santé et d'un CSST au Centre Hospitalier Guillaume Régnier. La réflexion conduite proposait une transformation progressive des structures avec une orientation généraliste (CSAPA polyvalent) et à Rennes une fusion juridique et un regroupement du CCAA et du CSST sur un même site dans la durée du schéma.

Il était noté dans le Schéma une difficulté en dehors de l'agglomération rennaise concernant la prescription et la délivrance de la méthadone, sur le rôle respectif du CSST de Rennes et des futurs CSAPA. Dans un premier temps, la primo prescription de méthadone devait continuer à être assurée par le CSST de Rennes en attendant que les médecins des autres structures soient formés et que leurs effectifs soient renforcés.

- À Rennes : création du CSAPA généraliste par la fusion du CCAA et du CSST.

- À Fougères, Redon, Vitré : demande de reconnaissance des CCAA en CSAPA généralistes, associés dans un premier temps par convention au CSAPA de Rennes pour la prise en charge en toxicomanie. Possibilité dans la durée du schéma, que les CSAPA deviennent autonomes en fonction de la formation de leurs équipes et de la montée en charge de leurs moyens.

Le CSAPA de Rennes intervient dans les deux établissements pénitentiaires de l'agglomération rennaise.

Réalisé :

Le CSAPA de Rennes assure les missions obligatoires d'un CSAPA. Il n'a pas eu besoin de renforcement de ses effectifs. Son équipe de 29.20 ETP est proportionnée à sa file active croissante de 3 728 patients, avec un ratio ETP/file active dans la moyenne départementale.

Conformément au schéma, le CSAPA de Rennes continue à apporter un appui hebdomadaire aux CSAPA de Fougères et Redon pour le suivi des patients sous traitement de substitution. La visite de conformité a été réalisée le 26 janvier 2011, sans réserve majeure. Le regroupement des deux structures antérieurement CCAA et CSST sur un même site n'a pas encore été réalisé.

Le CSAPA de Vitré, avec l'arrivée d'un médecin addictologue, a commencé les inductions à la méthadone en 2010 avec une montée en charge importante ayant nécessité un renforcement de l'équipe. Le CSAPA de Rennes n'intervient donc plus sur le site. La visite de conformité n'a pas encore été réalisée.

Les CSAPA de Redon et Fougères ont essentiellement une activité d'alcoologie et n'ont pas encore fait l'objet d'une visite de conformité.

Dans ce territoire, le CAARUD, situé à Rennes est géré par l'association AIDES.

• TERRITOIRE DE SANTÉ N° 6 SAINT-MALO-DINAN

Prévu au Schéma :

Ce territoire de santé présente une offre médico-sociale d'addictologie organisée à partir des deux pôles urbains de Dinan et de Saint-Malo. Les CCAA de Dinan et de Saint-Malo, tous deux rattachés à un centre hospitalier, étaient concernés par le projet de création d'une communauté hospitalière de territoire entre les deux établissements. En conséquence, il était envisagé un CSAPA unique généraliste, avec un site principal à Saint-Malo et une antenne à Dinan. La prise en charge des patients toxicomanes du territoire était assurée par les CSST de Rennes et de St-Brieuc. Pendant la durée du schéma, il était prévu une prise de relais progressive par le CSAPA de Saint-Malo/Dinan de cette prise en charge en fonction du renforcement de ses effectifs, en continuant à bénéficier de l'appui du CSST de Rennes durant cette transition. Un renfort de moyens était attendu dans le cadre du schéma pour la constitution du CSAPA généraliste Saint-Malo-Dinan composé d'un site principal à St-Malo et d'une antenne à Dinan.

Réalisé :

La communauté hospitalière entre les deux établissements publics de Dinan et de Saint-Malo est effective et le dossier d'autorisation de CSAPA a été déposé par cette communauté hospitalière. Par arrêté du 3 février 2010, les CCAA de Saint-Malo et de Dinan se sont donc transformés en un CSAPA généraliste unique géré par le centre hospitalier de Saint-Malo avec une antenne à Dinan, La visite de conformité des deux sites n'a pas encore été réalisée.

Depuis mai 2009, l'arrivée d'un médecin addictologue a permis la prise en charge des patients toxicomanes à l'héroïne et la primo-prescription de traitement de substitution par la méthadone. La délivrance est assurée par les pharmacies d'officine.

- Sur le site de Saint-Malo, les missions se sont élargies à une consultation d'addiction et suivi de patients sous traitement de substitution aux opiacés ainsi qu'à une prise en charge de patients souffrant de dépendance aux jeux. La file active continue à augmenter : 633 en 2008, 773 en 2009. Au 30 septembre 2010, 803 patients ont été reçus. Pour l'année 2011, la file active est estimée à environ 930 patients (dont une soixantaine sous traitement de substitution). L'équipe en place représente 5,15 ETP (pour une équipe théorique de 6,40 établie par le schéma),
- Sur le site de Dinan, la file active augmente régulièrement : 411 en 2007, 482 en 2008, 523 en 2009. Au 30 septembre 2010, 469 patients ont été reçus, soit 40 de plus qu'en septembre 2009. Pour l'année 2011, la file active devrait se situer autour de 570 patients. Cette augmentation est liée notamment à la mise en place de la prise en charge de la toxicomanie, ce qui amène une nouvelle patientèle qui augmente rapidement. L'équipe en place représente 3.45 ETP.

Dans le cadre du réseau ville-hôpital-toxicomanie, un médecin du CSAPA de Rennes continue à apporter un appui une demi-journée par semaine, pour mettre en place le dispositif de relais auprès des médecins généralistes des patients sous méthadone. Le CSAPA de Saint-Brieuc n'intervient plus sur le territoire.

• TERRITOIRE DE SANTÉ N° 7 SAINT-BRIEUC-LANNION-GUINGAMP

Prévu au Schéma :

Ce territoire de santé présente une offre médico-sociale d'addictologie organisée à partir des deux pôles urbains principaux : Saint-Brieuc et Lannion.

- À Saint-Brieuc, un CSAPA généraliste était prévu au schéma ainsi que le développement des consultations de proximité à Lamballe.
- À Lannion, était inscrite au schéma la transformation du CCAA, rattaché au centre hospitalier, en CSAPA généraliste, avec deux antennes sur Guingamp et Paimpol, la primo-prescription de méthadone devant être organisée uniquement sur Lannion. La construction de nouveaux locaux et un renforcement des équipes en place était jugés nécessaires.

Réalisé :

Le CSAPA de Saint-Brieuc a aménagé dans de nouveaux locaux le 7 septembre 2009. La visite de conformité du CSAPA de Saint-Brieuc a été réalisée le 11 octobre 2010. La file active de ce CSAPA généraliste est en augmentation.

Une consultation de proximité est en projet sur Lamballe.

Le CSAPA a une activité de primo prescription et de délivrance de méthadone.

La visite de conformité du CSAPA de Lannion a été réalisée le 10/11/2010 et celle des antennes de Guingamp et Paimpol le 21/12/2010.

La délivrance de méthadone sera organisée dans des nouveaux locaux à proximité du CH de Lannion pour lesquels un permis de construire a été déposé. Sur ce territoire, le CAARUD situé à Saint-Brieuc est géré par l'association Sid'Armor.

• TERRITOIRE DE SANTÉ N° 8 PONTIVY-LOUDÉAC

Prévu au Schéma :

Sur le territoire de santé N° 8, l'offre médico-sociale d'addictologie est présente à Pontivy.

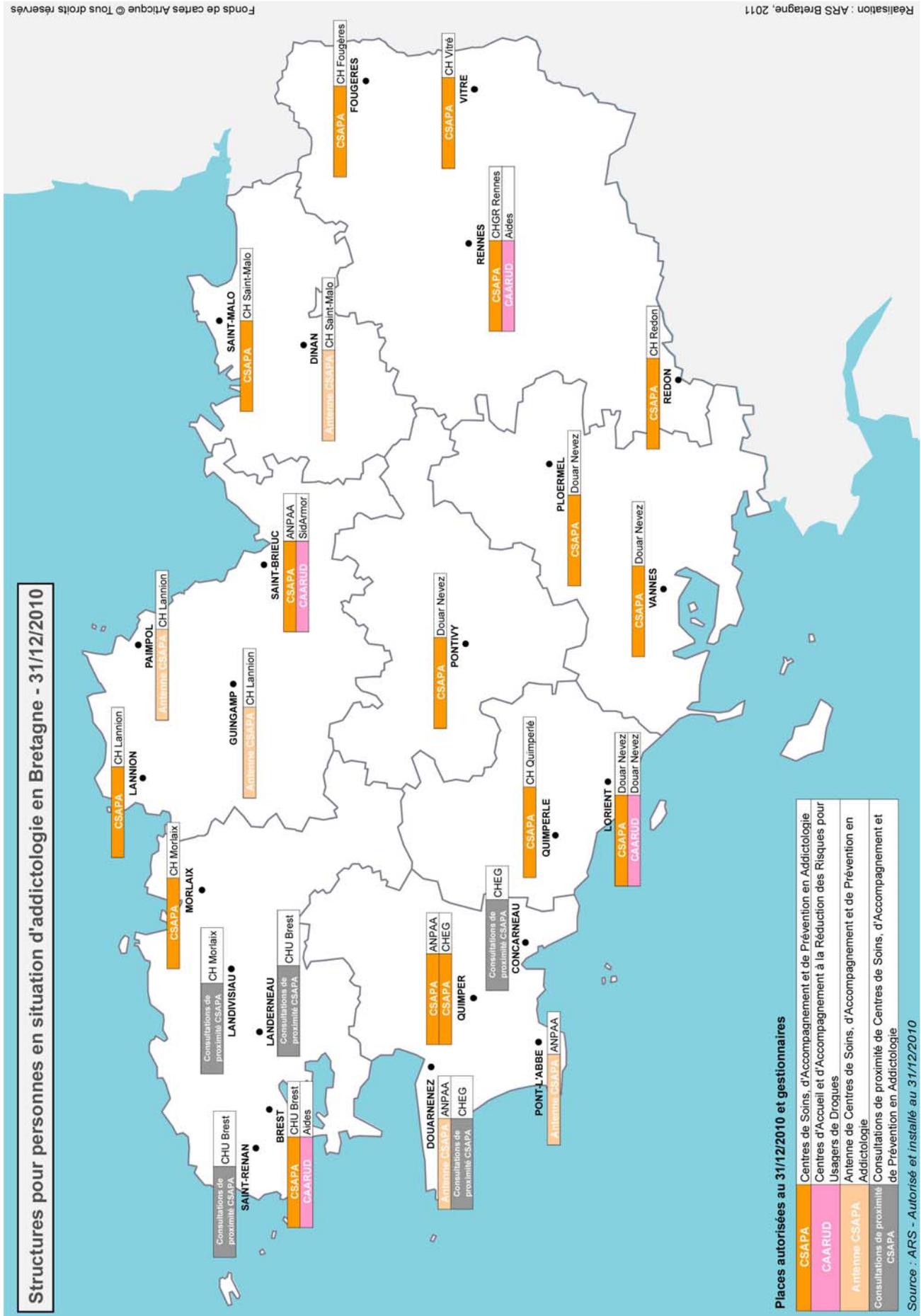
À Pontivy, le schéma avait fait le constat des difficultés d'articulation avec l'offre sanitaire : l'association Douar Nevez gérait un centre de soins en addictologie accueillant sans discrimination des patients en difficultés avec le tabac, l'alcool ou des produits illicites. En parallèle, le CH de Plouguernevel avait développé des CMP spécialisés en addictologie à Rostrenen, Loudéac et Pontivy. De plus, une consultation spécialisée était assurée par des praticiens du Centre Hospitalier de Centre Bretagne (CHCB) sur le site de Pontivy.

C'est pourquoi, il avait été inscrit au schéma, au regard de la particularité de ce territoire, la mise en place d'un CSAPA généraliste afin d'offrir à la population les mêmes conditions de prise en charge que partout ailleurs en Bretagne. Ce CSAPA généraliste devait coopérer avec le CH de Plouguernevel et le CHCB. Il était précisé que la complémentarité avec les établissements de santé du territoire devait être particulièrement étudiée.

Réalisé :

La visite de conformité du CSAPA de PONTIVY a été réalisée après le déménagement, le CSAPA devant aménager dans de nouveaux locaux mis aux normes. Le CSAPA de Pontivy est bien un CSAPA généraliste.

Structures pour personnes en situation d'addictologie en Bretagne - 31/12/2010



Places autorisées au 31/12/2010 et gestionnaires

CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
Antenne CSAPA	Antenne de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
Consultations de proximité CSAPA	Consultations de proximité de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Source : ARS - Autorisé et installé au 31/12/2010

Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Réalisation : ARS Bretagne, 2011

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

Le schéma cible à 5 ans reprend les grandes orientations du schéma régional 2009-2011, évoqué dans les paragraphes précédents, en actualisant les objectifs et en reprenant les objectifs territoriaux non atteints.

- **Le premier objectif du plan d'actions : développer une offre médico-sociale de proximité de qualité**

Il n'est pas prévu de nouvelles créations de CSAPA et de CAARUD. Néanmoins, un renforcement de certaines structures sera nécessaire pour répondre aux besoins de la population ainsi que le développement des consultations de proximité en particulier en direction des jeunes consommateurs. Une réflexion devra être menée sur les modalités d'hébergement concourant à la prise en charge de cette population spécifique.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge doit être renforcée en particulier dans le cadre du dispositif réglementaire d'évaluations des ESMS.

- **Le second objectif : amélioration de la réduction des risques, pour les usagers des structures médico-sociales en addictologie**

La réduction des risques fait partie des missions obligatoires des CSAPA et c'est la mission principale des CAARUD. L'objectif est de limiter les risques sanitaires et sociaux dans le cadre du référentiel national de réduction des risques (décret du 14 avril 2005). Elle comporte la réduction des risques infectieux (VIH, VHB, VHC) au travers du dépistage et de la vaccination, mais également des risques routiers, grossesses non désirées...

En Bretagne le nombre d'automates échangeurs de seringues est extrêmement faible : 6 appareils en 2010, soit 1/1226 000 habitants sont installés pour un objectif national fixé à 1/100 000 habitants (Chiffre à mettre en lien : en France, en 2004, 41 départements ne disposaient d'aucune implantation⁽⁴⁾).

Une réflexion particulière devra également être engagée pour améliorer les stratégies thérapeutiques comportant des traitements de substitution et les adapter aux besoins et recommandations : au sein des CSAPA (existence ou non d'une délivrance en centre ou procédure alternative en lien avec les officines de ville) et articulation avec les autres prescripteurs (relais en médecine de ville notamment, pertinence de prescription de bas seuil sur la région).

- **Le troisième objectif : renforcement de la complémentarité avec l'offre de soins hospitalière - médecine de ville et les professionnels de santé dans chaque territoire de santé**

Le PSRS a souligné le besoin de fluidifier les filières et parcours et d'améliorer les transversalités. Dans le champ des addictions, le parcours thérapeutique du patient s'inscrit dans la durée et sa prise en charge peut relever de l'offre hospitalière, ambulatoire et médico-sociale. C'est pourquoi une bonne articulation est indispensable.

La visibilité et la spécificité des missions respectives des CSAPA et des structures sanitaires (notamment les consultations) doit être améliorée ainsi que les liens et la coordination entre la médecine de ville et les autres acteurs de soins ambulatoires et les CSAPA.

De plus, l'articulation en termes de filière avec les acteurs non spécialisés que sont les médecins de ville demande à être développée.

- **Le PRIAC, outil de programmation pluriannuelle**

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), créé par la loi du 11 février 2005, recense la planification régionale des ESMS pour personnes âgées et handicapées sous compétence ARS et compétence conjointe avec les Conseils Généraux. Les structures pour publics en difficultés spécifiques médico-sociales ne sont pas comprises dans ce document. Ainsi, l'ARS Bretagne fera un document spécifique de programmation de ces dispositifs, en lien avec le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins).

(4) Source : Bilan 2004 l'Association Safe

4. PLAN D' ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs
<p>Développer pour les addictions une offre médico-sociale de proximité de qualité</p>	<p>Assurer le suivi des CSAPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la réalisation effective des missions obligatoires par chaque structure prévue par les textes notamment en finalisant le rapprochement géographique de certains CSAPA et en étudiant le regroupement de l'un d'entre eux dans le cadre d'un pôle addiction précarité. - Renforcer les effectifs en personnel de certains CSAPA - Revoir la répartition régionale et territoriale des missions facultatives (personnes détenues, addictions sans substances, prévention) - Analyser la qualité de leur prise en charge notamment grâce aux résultats des visites de conformité, aux synthèses des rapports annuels d'activité, au dispositif réglementaire et obligatoire l'évaluation interne et l'évaluation externe des ESMS... - Vérifier la conformité des locaux - Définir le rôle des CSAPA dans le champ de la Prévention (lien avec le SROP) <p>Améliorer la répartition territoriale des moyens des structures médico-sociales en construisant des indicateurs pour la campagne budgétaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les moyens alloués et consolider les moyens en personnel médical pour certains CSAPA afin de leur permettre de disposer de l'équipe type d'un CSAPA généraliste (CSAPA et leurs antennes). - Développer les projets de consultation de proximité <p>Améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un bilan quantitatif et qualitatif des dispositifs existants - Développer les lieux de repérage pour les jeunes consommateurs (lien SROP) <p>Renforcer les modalités de soins avec hébergement en lien avec les structures sociales et médico-sociales (ACT, LHSS...)</p>	<p>Part des CSAPA répondant à l'ensemble des missions obligatoires</p> <p>Effectivité de la réalisation d'une note annuelle d'orientation budgétaire déterminant les critères d'attribution des mesures nouvelles</p>
<p>Améliorer la réduction des risques en Bretagne</p>	<p>Assurer le suivi des CAARUD et préciser les zones de leur territoire d'intervention</p> <p>Engager une réflexion sur le recours aux automates (seringues).</p> <p>Renforcer la diffusion de matériel de réduction des risques en milieu festif et auprès des usagers des CAARUD)</p> <p>Développer le dépistage du VIH et la vaccination hépatites pour la population toxicomane</p> <p>Mettre en place une commission de suivi des traitements de substitution</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer leurs prescriptions dans le respect des bonnes pratiques et de la réglementation (l'induction et la délivrance en centre doivent concerner au moins un CSAPA par territoire). 	<p>Nombre de réunions annuelles de la commission de suivi des traitements de substitution</p>
<p>Renforcer la complémentarité avec l'offre de soins hospitalière et la médecine de ville et les professionnels de santé dans chaque territoire de santé</p>	<p>Formaliser des conventions avec les établissements de santé du territoire, les CSAPA, les CAARUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un état des lieux par territoires des filières de prises en charge incluant l'ensemble des partenaires (établissements de santé, équipes de liaison, structures médico-sociales, dispositif ambulatoire, associations); - Développer par territoires des actions d'informations/formations communes aux professionnels des différents champs d'interventions. <p>Renforcer les possibilités de prise en charge de proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le diagnostic de l'offre par territoires médico-sociale et sanitaire. - Développer le suivi conjoint, les protocoles, la prise en charge globale du patient et de son entourage en définissant des modalités pour assurer un accompagnement de proximité en s'appuyant sur l'offre de premier recours (médecins généralistes, maisons pluridisciplinaires, officine de pharmacie...) 	<p>Effectivité d'un état des lieux par territoire</p>

LES PRISES EN CHARGE SANITAIRES EN ADDICTOLOGIE

1. PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

• Définition de la thématique

Les addictions restent en France et particulièrement en Bretagne, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux.

La définition des conduites addictives recouvre :

- les conduites de consommation de substances psychoactives, quel que soit le statut légal de la substance (tabac, cannabis, alcool, cocaïne etc.) ;
- les addictions dites comportementales – ou addictions sans drogue - notamment les addictions aux jeux.

• Liens avec les plans nationaux

1.1 Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions, ministère de la santé

Le plan Addictions 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions est une réponse globale à ce problème de santé publique : ce sont 77 millions d'Euros chaque année pendant cinq ans qui doivent permettre de renforcer et coordonner les dispositifs existants, ainsi que de développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge. L'action publique se situe sur tous les volets : prévention, médico-social et sanitaire.

Le plan gouvernemental 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions et les circulaires n°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 et n°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 ont défini l'organisation et la structuration territoriale des filières de soins addictologiques hospitalières en 3 niveaux :

• Les structures de niveau 1, de proximité, dont les missions comportent :

- des consultations spécialisées ;
- une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ;
- la réalisation de sevrages résidentiels simples.

• Les structures de niveau 2, qui sont des structures de recours d'un territoire :

- les structures de court séjour : outre les missions du niveau 1, elles offrent de la possibilité de réaliser des soins résidentiels complexes en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. Ces moyens sont regroupés au sein d'une unité fonctionnelle ou d'un service, ou d'une structure interne, ou d'un pôle.

Ces activités peuvent être assurées par des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, qui ont développé une structure addictologique spécifique.

- les SSR sont également des structures de niveau 2 ; ils permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus pour les patients qui le nécessitent.

• Les structures de niveau 3, de recours régional.

Elles assurent en plus des missions des structures précédentes, des missions de coordination régionale, d'enseignement, de formation et de recherche.

1.2 Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 « plan MILDT »

Son plan 2009-2011 vise à réduire les consommations chez les jeunes notamment, à réduire les risques routiers accidents du travail liés à l'alcool. Le plan cible plus particulièrement les jeunes et cherche à responsabiliser les adultes à leur contact (école, parents, cité). La prévention en milieu pénitentiaire est également une priorité. La prévention passe également par une information validée et une adaptation des mesures législatives. Un nouveau plan est actuellement en cours d'élaboration au niveau national.

1.3 Plan cancer 2009-2013

Le plan cancer 2009-2013 comporte un axe prévention, dans lequel s'inscrit la mesure 10 « Poursuivre la lutte contre le tabac ». L'objectif général est de réduire la prévalence du tabagisme dans la population française de 30 à 20 %. Il s'agit en particulier de développer l'information sur les risques du tabagisme et de renforcer l'accessibilité au sevrage tabagique, notamment pour les femmes enceintes.

1.4 Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Plusieurs axes du plan hépatites sont en lien avec la politique de santé publique concernant les addictions :

Le premier axe stratégique vise à la réduction de la transmission des virus B et C, avec 4 objectifs :

- « Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C... particulièrement les usagers de drogues »,
- Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Cette mesure concerne en particulier les usagers des CSAPA,
- Renforcer la réduction des risques chez les usagers de drogues.

Le deuxième axe stratégique est le renforcement du dépistage des hépatites B et C ; les actions devront être menées dans les lieux fréquentés par les usagers de drogues.

S'agissant du troisième axe, renforcement de l'accès aux soins, les liens devront être créés entre le dispositif d'addictologie et les services spécialisés.

1.5 Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes sous mains de justice

L'axe 2, prévention et promotion de la santé, prévoit l'évaluation de l'application des recommandations de réduction des risques en milieu carcéral (eau de javel, préservatif, gels, traitement de substitution, traitement post-exposition) et l'actualisation des recommandations La continuité des traitements de substitution à l'entrée est également une priorité développée dans l'axe 2 ; plus globalement les programmes d'éducation à la santé et de promotion de la santé seront soutenus. Une instruction du 17 novembre 2010 précise ces modalités.

2. DIAGNOSTIC

• Les données épidémiologiques

La Bretagne apparaît particulièrement concernée par ces comportements : les conduites addictives représentent la première cause de mortalité évitable en Bretagne.

> Alcool

L'alcool, une particularité bretonne sur les consommations à risques.

La particularité de la Bretagne porte sur les consommations à risque : les consommations ponctuelles excessives et les ivresses. Dans notre région, les ivresses sont plus fréquentes comparativement à la moyenne française chez les adultes et ce, quelle que soit la fréquence des ivresses : ivresse au cours de l'année ; ivresses répétées (>3 fois dans l'année) ; ivresses régulières (>10 fois dans l'année).

% déclarations au cours de l'année	Bretagne	National
Ivresses au cours de l'année	23	15
Ivresses répétées	10	5,7
Ivresses régulières	4	1,9

Source : Baromètre santé INPES 2005. Les ivresses déclarées des 15-75 ans au cours de l'année, répétées et régulières en Bretagne (hommes+femmes) et en France

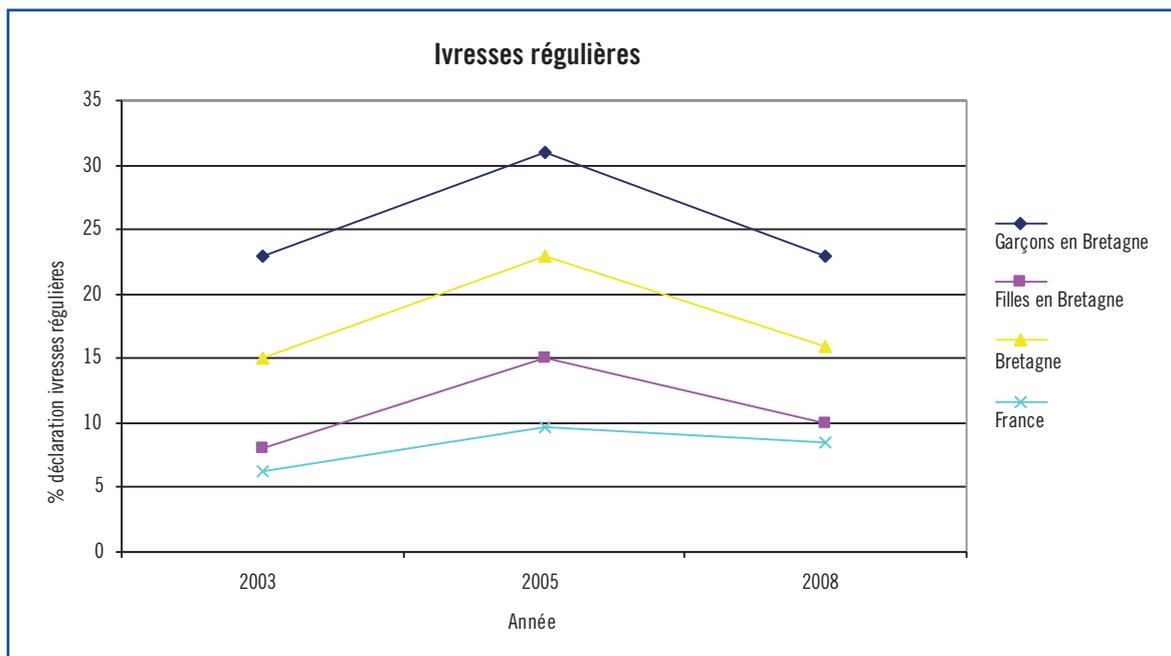
Dans la région la consommation d'alcool chez les jeunes se distingue également très nettement de la métropole pour la pratique de l'ivresse : 39% des jeunes bretons déclarent des ivresses répétées pour 25,6 % des jeunes français en moyenne. Les mêmes constats sont faits sur les ivresses régulières.

En Bretagne, le Morbihan, puis le Finistère et les Côtes-d'Armor sont les plus concernés par les ivresses répétées⁽⁶⁾.

La mortalité prématurée de la population bretonne est supérieure à la moyenne française, notamment en raison des cancers des voies aérodigestives, des cirrhoses alcooliques et des accidents corporels impliquant l'alcool.

La Bretagne est la troisième région pour les décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose⁽⁷⁾.

(6) CIRDD, note Alcool et les jeunes en Bretagne, juin 2011
 (7) Site internet OFDT, indicateurs locaux ILIAD 2009



ESCAPAD OFDT (2003, 2005 et 2008). Les ivresses régulières des jeunes de 17 ans depuis 2003 en Bretagne (Garçons ; Filles) et en France.

> Tabac

La Bretagne se situe à la deuxième et quatrième place en termes de ventes de tabac, respectivement concernant les ventes de roulé par habitant et de ventes de cigarette.

De même, elle se classe septième en ce qui concerne les décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons. La situation en 2009 est stable par rapport à 2008. La fréquence du cancer du poumon a été multipliée en France par 4 en dix ans chez les femmes de 35 à 45 ans (source Inserm). La Bretagne ne fait pas exception mais il existe des disparités infra régionales : le Finistère et le Morbihan sont notamment concernés.

> Produits illicites

Concernant le cannabis, la Bretagne est une des régions de France où ce produit est le plus consommé parmi les jeunes de 17 ans : l'usage régulier en Bretagne, supérieur à la moyenne française en 2005 (14 % pour 10,8 % en moyenne des régions françaises⁽⁸⁾) a diminué ces dernières années pour revenir au même niveau que la moyenne française (7 %, chiffres Iliad 2009). La Bretagne se situe en milieu de classement par rapport aux autres régions sur les interpellations des usagers de cannabis.

Concernant la réduction des risques, les usagers de drogues sont les plus concernés par les hépatites B et C (2 300 à 4 400 nouveaux cas par an en 2003 : plan national de lutte contre les hépatites B et C de 2009). L'usage de drogues est le mode de transmission principal du VHC.

ZOOM : ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES BRETONS

> Tabagisme quotidien

- 19 % des jeunes scolarisés et 30 % des jeunes de 17 ans
- Consommation comparable en Bretagne et en France et comportement comparable chez les filles et les garçons
- 40 % des jeunes souhaitent arrêter

> Alcool : comportements à risque plus fréquents

- Usage régulier en diminution et comparable à la France
- 39 % des jeunes de 17 ans déclarent des ivresses répétées (France 26 %)
- Consommation de plus de 5 verres en une occasion 26 % des Bretons (19,7 % des Français)
- Prédominance des garçons

(8) Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne, tableau de bord 2007, CIRDD Bretagne, ORSB, DRASS de Bretagne

> **Cannabis**

- Expérimentation comparable à la France : 46 % à 17 ans (filles=garçons)
- Usage quotidien : 4% des garçons de 17 ans

Tous les indicateurs sont en diminution entre 2005 et 2008, plus fortement en Bretagne qu'en France.

> **Addictions aux jeux**

En France, en 2009, sur les douze derniers mois (source : baromètre santé 2009) :

- 47,8% des adultes ont joué de l'argent,
- 10,9 % ont joué plus de 52 fois,
- 4,7 % ont dépensé plus de 500 euros.

On estime que la prévalence des joueurs présentant un risque modéré est de 0,9 % de la population et celle présentant un risque de jeu excessif est de 0,4 %. La consommation de produits psycho-actifs est plus fréquente chez les joueurs excessifs.

• **Le bilan organisationnel du SROS 3**

Dans le SROS 3, la prise en charge des conduites addictives était inscrite au sein du Volet « psychiatrie et santé mentale » dans le cadre de la prise en charge de populations et de pathologies spécifiques. Le SROS 3 prévoyait 2 axes :

- **l'organisation des soins en addictologie dans les territoires de santé**, selon une filière de prise en charge comportant : des équipes hospitalières d'addictologie de liaison, des unités d'hospitalisation spécialisées d'environ 10 lits, le développement d'hôpitaux de jours et un centre de post-cure de référence ;
- **des réseaux de coordination dans chaque territoire**, pour organiser les liens entre les soins ambulatoires, en hospitalisation, en médico-social, la formation de référents et l'articulation avec les travailleurs sociaux et la justice et les liens avec la prévention.

L'enquête sur la prise en charge hospitalière en alcoologie en Bretagne réalisée par le service médical de l'Assurance Maladie en Bretagne en 2008 a contribué à identifier et à caractériser la filière hospitalière de soins en addictologie dans la région. Les établissements identifiés exercent une activité de médecine, de SSR ou de psychiatrie.

Établissements déclarant prendre en charge des malades alcoolo-dépendants en sevrage et/ ou en post-sevrage

Territoires de santé	Médecine	Psychiatrie	SSR spécialisés
TS 1	Ex-hôpital local de St Renan CH Morlaix	Bohars (CHU Brest) CH de Landerneau Cliniques de Pen an Dalar et de l'Iroise	Ar Stivel (hommes) et Ker digor (femmes) gérés par l'association Ty Yann à Brest
TS 2	CH Douarnenez CH Pont l'Abbé	Gourmelen Clinique de Kerfriden	CHIC site de Concarneau
TS 3	CHBS	Clinique St Vincent	Le Phare (hommes) Kerdudo (femmes)
TS 4	CHBA CH Ploërmel	EMSP de St Avé Clinique du Golfe	
TS 5	CHU Clinique St Laurent CH de Vitré CH de Fougères Ex-hôpital local de Bain de Bretagne	CHGR Clinique du Moulin CH de Redon	Clinique Philae L'Escale
TS 6	CH de Dinan	CH de St-Malo CHS Léhon	
TS 7	CHSB CH de Lannion CH de Guingamp CH de Paimpol	CHS Bégard Cliniques de la Cerisaie et du Val Josselin	L'Avancée
TS 8	CHCB	CHS Plouguernevel	

II. LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES

À partir de 2009, la COMEX de l'ARH a procédé à la reconnaissance des niveaux de prise en charge pour chacun des établissements de santé concernés, afin de renforcer l'organisation de la filière des soins en addictologie :

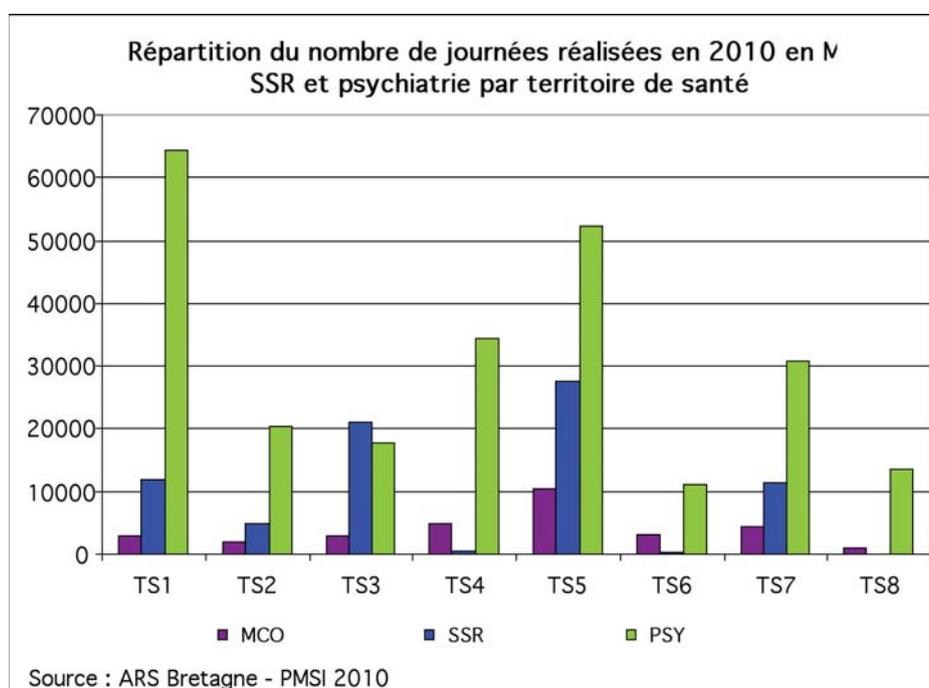
	Niveau 2	Niveau 3
Territoire 1		CHU Brest
Territoire 2	Clinique de l'Odet (gérée par le CH de Gourmelen) CHBS Lorient	
Territoire 3	CHBA	
Territoire 4	CHBA CH de St Avé	
Territoire 5	CHGR Polyclinique St Laurent	CHU Rennes
Territoire 6	CH St-Malo CH St Jean de Dieu	
Territoire 7		
Territoire 8	CH Plouguernevel	

• Les données d'activité

> La répartition du volume de journées en MCO, SSR et psychiatrie

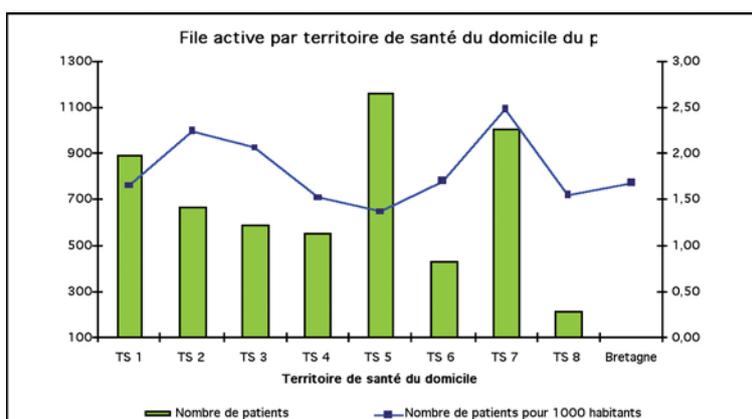
En Bretagne, en 2010, les établissements MCO, SSR et psychiatriques ont pris en charge 353 433 journées d'hospitalisation pour des patients souffrant de troubles mentaux et du comportement liés à une addiction. Il s'agit d'alcool pour 90 % de ces journées.

Ce graphique permet de visualiser la distribution en volume de journées par territoire. Pour l'activité SSR, il faut noter que si tous les territoires ont accès à un SSR spécialisé, il n'est pas toujours implanté sur le territoire.



> L'activité des urgences

Une étude est en cours actuellement sur les prises en charge des jeunes dans les services d'urgences de Bretagne pour intoxication éthylique aiguë (IEA). Les premiers résultats sont disponibles pour le SAU de Rennes : En 2010, 4 694 personnes ont été admises aux urgences pour IEA, dont 984 jeunes de moins de 25 ans (20.9 %). Moins de 7 % des personnes ont été hospitalisées après leur prise en charge aux urgences. Les résultats pour l'ensemble de la région seront disponibles au cours du premier trimestre 2012.



Plus globalement, en Bretagne en 2010, 5302 Bretons ont été admis aux urgences et hospitalisés pour cause d'éthylisme aigu. Le nombre de personnes hospitalisées en Bretagne est stable par rapport à 2009 cependant cette stabilité masque des diversités territoriales. En effet, le territoire de santé 1 a une file active qui augmente de + 29 % par rapport à l'année précédente, alors que dans les territoires de santé 3 et 4, les nombres de patients diminuent respectivement de -21 % et -19 %.

> L'attractivité des établissements SSR

Territoire de santé	Nombre de patients	Part des patients domiciliés hors région
Brest / Carhaix /Morlaix	212	15,60 %
Quimper/Douarnenez/Pont l'Abbé	198	2,00 %
Lorient/Quimperlé	349	43,30 %
Vannes/Ploërmel/Malestroit	15	
Rennes/Fougères/Vitré/Redon	549	15,70 %
St-Malo/Dinan	7	
St-Brieuc/Guingamp/Lannion	220	25,00 %
Pontivy/Loudéac	4	
Total	1503	21,8 %

Parmi, l'ensemble des patients pris en charge dans les établissements SSR bretons pour des problèmes d'addictions, 21,8 % concernent des patients non domiciliés dans la région. Les patients hospitalisés dans les établissements SSR du territoire de santé 3 (Lorient, Quimperlé) n'habitent pas la région pour 43,3 % d'entre eux.

> Les réseaux et coordinations

En Bretagne, il existe un seul réseau de santé en la matière : le réseau « alcool 35 », qui fédère l'ensemble des établissements de la région de Rennes : CHU, CHGR, polyclinique de St Laurent, clinique du Moulin à Bruz et clinique Philae à Pont Péan, l'hôpital de Bain de Bretagne, l'Escale à Rennes et les médecins généralistes.

Les acteurs du secteur de Lorient travaillent en coordination : « Relais 3 » associe la clinique St Vincent à L'Armor Plage, le CHBS, le Phare, Kerdudo à Guidel, le CHS Charcot à Caudan et la médecine de ville.

Par ailleurs, il existe également un fonctionnement en coordination sur le territoire de santé n° 1 : le « réseau alcool-toxique du Ponant ». Il fédère des professionnels de santé de 7 établissements de santé impliqués dans la prise en charge des patients rencontrant des difficultés face à la consommation d'alcool ou de toute autre substance addictive.

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

3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

• Poursuivre la construction des filières de soins en addictologie

La filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques.

> **À l'échelle régionale** : préciser les missions des établissements reconnus structure de niveau 3 en addictologie (recherche, formation, coordination etc.) et leurs liens avec les structures de niveaux 1 et 2. Il s'agira d'élaborer un cahier des charges actant des missions de recours attribuées à chaque établissement de niveau 3 et de leurs liens avec les structures de niveaux 1 et 2.

> **À l'échelle des territoires de santé** : définir la filière de territoire en addictologie.

• Recenser puis définir les articulations entre les différents acteurs sanitaires (MCO, psychiatrie, SSR) afin de permettre à une personne ayant une conduite addictive d'accéder :

- En proximité (au sein du territoire de santé) à une consultation spécialisée, une prise en charge en hospitalisation de jour (HJ) ou en hospitalisation complète (HC).

- À une prise en charge en SSR.

• Inscrire cette organisation hospitalière en addictologie dans le cadre plus large de la filière globale avec les acteurs de santé de ville et le secteur médico-social. Ceci s'effectuera au travers des conférences de territoire par l'écriture de leur programme territorial de santé sur la « prévention et prise en charge des conduites addictives ».

• Les associations d'entraide doivent être confortées dans leurs missions d'information et d'accompagnement. Un renforcement de leurs compétences et une meilleure coordination dans la prise en charge et le suivi avec les structures de soins sont à rechercher. Une meilleure visibilité de leurs actions et territoires d'intervention sera réalisée. (voir fiche SRP).

• Renforcer le repérage et l'orientation dans un dispositif de soins des personnes ayant une conduite addictive

> **Améliorer la prise en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25 ans aux urgences**

Réaliser un protocole régional de bonnes pratiques à partir de l'enquête en cours dans les services d'urgence et d'une expérimentation menée aux urgences du CHU de Rennes (cf. plan d'action de la fiche thématique « addictions » du SRP).

> **Renforcer le rôle des ELSA dans le repérage et la prise en charge initiale intra-hospitalière**

• Réaliser un diagnostic partagé de l'existant.

• Elaborer une stratégie régionale sur le fonctionnement des ELSA en s'assurant que tous les établissements disposant d'une structure des urgences bénéficient de l'intervention d'une ELSA (cf. circulaire du 26/09/2008).

> **Mieux impliquer les professionnels libéraux dans la prévention et le repérage des conduites addictives**

• Poursuivre le déploiement des formations au RPIB.

• Renforcer les liens entre les professionnels de santé libéraux et le dispositif spécialisé.

3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins

- **Améliorer les pratiques de soins en addictologie afin de les adapter à l'évolution des besoins**

- > **Adapter les SSR aux besoins des nouveaux publics (notamment poly-consommations, jeunes)**

Mettre en place un groupe de travail régional spécifique chargé de préciser les besoins et de définir les évolutions à apporter en termes de techniques de prise en charge notamment.

- > Mieux repérer et prendre en charge les **addictions chez les personnes détenues** (lien avec la fiche thématique SROS « soins aux personnes détenues »).
- > Améliorer l'accès des **femmes enceintes** aux dispositifs de suivi ou de prise en charge des addictions (cf. fiche SROS « périnatalité »).
- > Renforcer la pratique du dépistage et de la vaccination (VIH, VHC, VHB) chez les usagers de drogues (lien avec les fiches thématiques du SROP « addictions », « vie affective et sexuelle » et avec la fiche thématique du SROMS « addictions »).
- > Développer la **prescription de traitement de substitution** dans le respect des bonnes pratiques et de la réglementation : Mettre en place une commission de suivi des traitements de substitution pour développer leur prescription dans le respect des bonnes pratiques et de la réglementation (liens SROMS et SRP).
- > Mieux prendre en charge les personnes alcoolo-dépendantes présentant un état de santé très dégradé et des **troubles cognitifs** :
 - Réaliser une étude pour avoir une meilleure connaissance de la population concernée.
 - Elaborer des propositions de prise en charge adaptées.
- > Développement de **modes de prises en charge adaptées aux jeunes** (cf. fiche SRP).
- > Organiser la prise en **charge des addictions sans produits**.
 - Réaliser une étude pour mieux appréhender cette question en Bretagne.
 - Mettre en place une réflexion sur les modalités de prise en charge des joueurs excessifs.

- **Articulation avec les partenaires**

Dans le champ des addictions, le parcours thérapeutique du patient s'inscrit dans la durée et sa prise en charge peut relever successivement de l'offre hospitalière, ambulatoire et médico-sociale. C'est la raison pour laquelle une bonne articulation entre l'ensemble de ces acteurs est nécessaire. La visibilité et la spécificité des missions respectives des CSAPA et des structures sanitaires (notamment les consultations), doit être améliorée, ainsi que les liens et la coordination entre la médecine de ville et les autres acteurs de soins ambulatoires et les CSAPA.

- > **Avec le dispositif médico-social** (cf. thématique « Personnes en situation d'addiction : adapter l'offre médico-sociale » du SROMS)

Les filières de soins addictologiques doivent, au sein de leur territoire d'implantation, s'articuler et se coordonner avec l'ensemble des acteurs du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive et notamment avec les établissements et services médico-sociaux intervenant en la matière.

L'enjeu est de préciser clairement les missions et l'articulation entre les structures, de façon à assurer leur complémentarité et non leur juxtaposition et ainsi de garantir une prise en charge globale et continue du patient.

- > **Avec la médecine de ville**

Dans le cadre du parcours de soins, le médecin traitant a un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation, l'orientation et la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives. Compte tenu de la diversité des structures spécialisées, le rôle du médecin traitant est essentiel.

Les liens entre l'équipe hospitalière addictologie, les structures médico-sociales et les médecins de ville, en particulier le médecin traitant, doivent être renforcés.

4. PLAN D'ACTION ET INDICATEURS

Objectifs	Actions	Indicateurs
Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins en addictologie		
Poursuivre la construction des filières de soins en addictologie	<p>Préciser les missions des établissements reconnus structures de niveau 3 en addictologie et leurs liens avec les structures de niveaux 1 et 2 dans le cadre de l'élaboration d'un cahier des charges</p> <p>Structurer, sur chaque territoire de santé, une filière hospitalière de soins en addictologie</p> <p>Définir une filière globale de soins en addictologie par territoire Assurer une meilleure coordination du dispositif de prise en charge et de soins avec les mouvements d'entraide</p>	<p>Effectivité de la production d'un cahier des charges</p> <p>Nombre de territoires de santé disposant d'une filière hospitalière en addictologie</p>
Renforcer le repérage et l'orientation dans un dispositif de soins des personnes ayant une conduite addictive	<p>Améliorer la prise en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25 ans aux urgences par l'élaboration d'un protocole régional</p> <p>Renforcer le rôle des ELSA dans le repérage et la prise en charge initiale intra-hospitalière : réaliser un diagnostic partagé de l'existant - Elaborer une stratégie régionale sur le fonctionnement des ELSA</p> <p>Mieux impliquer les professionnels de santé libéraux dans la prévention et le repérage des conduites addictives : - Poursuivre le déploiement des formations RPIB - Renforcer les liens entre les professionnels de santé libéraux et le dispositif spécialisé</p>	<p>Effectivité de la finalisation du protocole de bonnes pratiques</p> <p>Nombre de patients hospitalisés après admission aux urgences pour IEA</p> <p>Effectivité de la définition d'une stratégie régionale</p>
Garantir la qualité et la sécurité des soins en addictologie		
Améliorer les pratiques de soins en addictologie afin de les adapter à l'évolution des besoins	<p>Mettre en place un groupe de travail régional chargé de préciser les besoins et de définir les évolutions à apporter aux prises en charge en SSR</p> <p>Améliorer le repérage et la prise en charge des addictions chez les personnes détenues en élaborant un protocole relatif à l'organisation de la prise en charge des addictions engageant les différents intervenants</p> <p>Améliorer l'accès des femmes enceintes aux dispositifs de suivi et de prise en charge des addictions en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développant les formations à l'entretien prénatal du 1er trimestre auprès des professionnels de santé libéraux - Proposant l'entretien prénatal précoce (EPP) à l'ensemble des femmes enceintes quel que soit leur lieu de primo consultation - Améliorant l'accès des femmes enceintes aux dispositifs de suivi et de prise en charge des addictions <p>Renforcer la pratique du dépistage et de vaccination chez les usagers de drogue</p> <p>Développer la prescription de produits de substitution dans le respect des bonnes pratiques et de la réglementation en mettant en place une commission de suivi des traitements de substitution Mieux prendre en charge les personnes alcool dépendantes présentant un état de santé très dégradée : - Réaliser une étude pour améliorer la connaissance de la population - Elaborer des modalités de prise en charge adaptées</p> <p>Développer des modes de prise en charge adaptés aux jeunes Organiser la prise en charge des addictions sans produits : - Réaliser une étude sur ces comportements - définir des modalités de prise en charge</p>	<p>Nombre de réunions du groupe de travail Nombre de protocoles validés et signés</p> <p>Effectivité de la réalisation de l'étude sur les personnes alcool dépendantes présentant un état de santé dégradé</p> <p>Effectivité de la réalisation de l'étude sur les comportements d'addictions sans produits</p>

