

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2014

CRSA BRETAGNE



Bretagne
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie



SOMMAIRE

ÉDITO	3
DATES CLÉS 2014	4
LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA)	6
INSTALLATION DE LA NOUVELLE MANDATURE DE LA CRSA BRETAGNE	7
LA CONTRIBUTION DE LA CRSA BRETAGNE AU PROJET DE LOI DE SANTÉ	8
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE ORGANISATION DES SOINS	10
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DROITS DES USAGERS	12
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE MÉDICO-SOCIALE	14
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION	16
LES GROUPES DE TRAVAIL ET LES DÉBATS PUBLICS	18
ANNEXES	22

ÉDITO



BERNARD GAILLARD
Président de la CRSA Bretagne

L'

année 2014 fut riche pour la démocratie en santé. Après quatre années d'existence, la CRSA Bretagne a été renouvelée. Lors de sa séance d'installation du 7 octobre, les membres m'ont réélu au poste de Président de la CRSA et ont procédé à la constitution de la commission permanente et des quatre commissions spécialisées, ainsi qu'à l'élection des Présidents et Vice-présidents de ces quatre commissions. Il faut souligner l'engagement exceptionnel et tenace des membres de la CRSA Bretagne, donnant lieu à des travaux de grande qualité dans les commissions spécialisées comme dans les groupes de travail.

« Il faut souligner l'engagement exceptionnel des membres de la CRSA »

La CRSA possède désormais une expérience riche et dynamique dont on peut retenir des points forts sur lesquels nous pouvons nous appuyer :

- **des moyens nouveaux** avec la création du poste de chargé de mission CRSA ;
- **notre assise représentative**, par la diversité des membres de la CRSA ;
- **un fonctionnement de démocratie consultative** qui, grâce aux différentes représentativités et aux échanges, contribue à donner aux Pouvoirs Publics la possibilité de proposer les réponses les plus adéquates aux besoins de santé des Bretons ;
- **les positions de la mandature antérieure**, notamment la mise en place positive des

8 territoires de santé, et le travail accompli depuis 4 ans dans toutes nos instances ;

- **l'importance du soutien à la Prévention et Promotion de la santé**, axe reconnu majeur par tous, axe qui doit être envisagé dans sa dimension transversale ;
- **l'importance de la dimension éthique**, notamment travaillée pour l'instant par le biais du groupe télémédecine. Cette dimension est pleinement dans les enjeux de citoyenneté.

Des conditions de notre réussite sont également à souligner :

- **l'égalité territoriale**. Nous devons rester vigilants au risque de fracture ou d'inégalité territoriale en santé face aux perspectives de nouvelles organisations, déconcentration et réformes territoriales, et devons veiller à réduire les inégalités sociales en santé ;
- **l'indépendance et l'autonomie de la CRSA** vis-à-vis de l'ARS. C'est le socle de la co-construction afin que les acteurs publics et privés répondent le mieux possible aux besoins de santé et à l'organisation du système de santé ;
- **une réflexion collective respectueuse des positions des uns et des autres** qui induit des accords et des différences dans la richesse des échanges du débat public organisé. Une transversalité de nos travaux entre les différentes commissions spécialisées ;
- **l'appropriation d'un contexte évolutif pouvant offrir de nouvelles opportunités d'action** : la future loi de santé, la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, le futur PNSE et le Programme Régional de Santé et Environnement, les évolutions socio-économiques et de l'état de santé, l'évolution des besoins en santé...

Cette nouvelle mandature permet d'engager de nouvelles pistes pour contribuer à l'amélioration du système de santé et répondre au mieux aux besoins de santé des Bretons.

DATES CLÉS 2014



COMMISSION PERMANENTE

13 février

15 mai

14 novembre



25 février

Débat public
« Déterminants sociaux
de la santé : comment agir ? »



18 mars

Séance plénière de la CRSA,
à Pont-l'Abbé

- Présentation du rapport annuel droit des usagers
- Consultation de la CRSA sur le SIOS



- Actualisation du PRIAC 2014-2018
- Débat public sur le vieillissement des personnes handicapées



1^{er} avril

Lancement de l'appel à projets
Démocratie sanitaire

16 mai

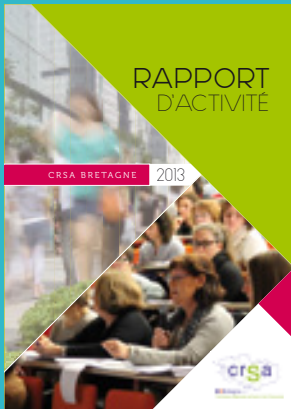
Débat public
sur l'accès aux
soins des
personnes
handicapées



18 juin

Séance plénière de la CRSA à Lorient

- Présentation du rapport d'activité 2013 de la CRSA



Débat public sur la santé-environnement



1^{er} septembre

Arrivée de **Cécile Turmel**, chargée de mission dédiée à la CRSA



7 octobre

Séance plénière d'installation de la CRSA Bretagne, à Rennes

- Élection du nouveau Président de la CRSA
- Élection des Présidents et Vice-présidents des commissions spécialisées



Campagne de sensibilisation
IRC/diabète



15 octobre

Journée bilan sur les conférences
de territoires

7 novembre

Philippe Le Roux est élu Président
de la Commission Spécialisée
Prévention



4 décembre

Séance plénière de la CRSA, à Ploufragan

- Installation des nouveaux groupes de travail
- Engagement de la CRSA Bretagne sur le projet de loi de santé

5 décembre

- 4 projets bretons ont reçu le label « Droits des usagers de la santé »
- Lancement de l'appel à candidature visant à constituer les 8 groupes de travail de la CRSA

LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE



La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Bretagne est un lieu d'expression des acteurs en santé. Elle constitue une voie privilégiée pour recueillir les aspirations et les besoins en matière de santé, favoriser l'appropriation collective des enjeux de santé par les acteurs et participer ainsi à l'élaboration et la mise en place du Projet Régional de Santé.

La CRSA est un organisme consultatif d'une centaine de membres qui disposent d'une voix délibérative.

La CRSA s'est réunie 4 fois en assemblée plénière en 2014. Elle a ainsi pu émettre un avis sur la révision du Projet Régional de Santé (PRS), le PRIAC 2014-2018 et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle s'est également saisie du projet de future loi de santé de Marisol Touraine en rédigeant une contribution visant à anticiper son déploiement en Bretagne dans ce qui est, consensuellement, le plus positif.

En parallèle de ses assemblées plénières, la CRSA mène ses travaux au sein de ses 4 commissions spécialisées, que sont :

- la commission spécialisée organisation des soins (CSOS) ;
- la commission spécialisée prévention (CSP) ;
- la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CSMS) ;
- la commission spécialisée droits des usagers (CSDU).

Ces 4 commissions spécialisées sont force de propositions sur les politiques publiques conduites.

La CRSA organise également des débats publics sur les questions de santé de son choix et établit chaque année un rapport sur son activité.

La commission permanente

La commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie. **Elle s'est réunie 3 fois en 2014.**

La commission permanente est chargée de préparer l'avis rendu par la Conférence sur le plan stratégique régional de santé, de préparer le rapport annuel d'activité de la CRSA, de formuler un avis lorsque la consultation de la Conférence implique l'avis de plus de deux commissions spécialisées et de préparer les éléments soumis au débat public. Elle assure également la coordination des travaux des commissions spécialisées et peut définir l'organisation de travaux au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

En fin d'année, la Commission a notamment préparé une résolution sur la future loi de santé, qui a été présentée et adoptée lors de l'assemblée plénière du 4 décembre à Ploufragan.

PARTICIPENT ÉGALEMENT À LA CRSA AVEC VOIX CONSULTATIVE :

le Préfet de région, le Président du Conseil Économique et Social Environnemental Régional (CESER), des personnes issues des services déconcentrés de l'État, le directeur général de l'ARS ainsi que des représentants de l'Assurance Maladie (Régime Général, RSI, MSA).

LA CRSA EST COMPOSÉE DE 8 COLLÈGES :

- les collectivités territoriales ;
- les usagers de services de santé et médico-sociaux ;
- les conférences de territoire ;
- les partenaires sociaux ;
- les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- les offreurs de services de santé ;
- les personnalités qualifiées.

LA CRSA EN CHIFFRES :

- budget notifié : 46 485€
- total 2014 (séances plénières, débats publics, publications, frais de déplacements) : 46 167,84 €
- budget notifié pour mise à disposition d'un chargé de mission (salaire+charges patronales+frais de fonctionnement) : 57 000 €

INSTALLATION DE LA NOUVELLE MANDATURE DE LA CRSA BRETAGNE

La nouvelle mandature permet d'engager de nouvelles pistes de réflexion. Au travers de la feuille de route et d'orientation, le Président de la CRSA Bretagne propose 8 axes majeurs à poursuivre pour ces quatre prochaines années.

La feuille de route et d'orientation du Président de la CRSA Bretagne pour la mandature 2014-2018

1. Renforcer la démocratie en santé

Axe inscrit dans le projet de loi de santé, c'est une plus grande place des acteurs de terrain et de leurs représentants. Il nous faut trouver les dispositions possibles permettant à quelques jeunes lycéens, apprentis ou étudiants de participer à nos réflexions et groupes de travail.

2. Poursuivre le développement des liens entre la CRSA et les Conférences de Territoire

Il faut structurer nos liens avec les Conférences de Territoire pour organiser localement les questions de santé et veiller à l'égalité entre les territoires bretons : invitation à nos groupes de travail, rencontres régulières, organisation commune de séminaires...

3. Poursuivre nos débats publics

Organiser des débats en région, destinés à élargir la réflexion et permettre au grand public de s'exprimer sur une problématique de santé.

4. Soutenir l'information et la formation des acteurs de la démocratie

Renforcer la démocratie passe par la nécessaire information et formation de nos membres, avec des rencontres et des échanges d'expériences. La demande des représentants d'usagers est forte à ce sujet. Pour cela, il faudra s'appuyer sur les fédérations et les associations telles que le CISS Bretagne.

5. Conserver cette capacité à s'autosaisir

La CRSA doit continuer à s'autosaisir sur des thématiques telles que le Programme Régional de Santé et Environnement (PRSE) et réfléchir de manière transversale dans chacune des commissions spécialisées, au-delà des indicateurs donnés par les

Pouvoirs Publics, entre autres sur les questions humanistes et sociétales qui en découlent.

6. L'évaluation du Projet Régional de Santé

La CRSA doit être participative de cette démarche et co-construire l'évaluation du Projet Régional de Santé.

7. Poursuivre les travaux antérieurs

- **la télémédecine** : il faut poursuivre nos réflexions, au-delà des recommandations déjà transmises l'an dernier à l'ARS. Pour cela, la CRSA devra se rapprocher de l'Espace Régional d'Éthique Breton (EREB) car ce sujet interroge cette dimension éthique.
- **l'accès aux soins des personnes en situation de handicap** : il faut poursuivre cette action, menée par le groupe de travail copiloté par Claude Laurent et Serge Charpentier, et engager la mise en application de la charte « Romain Jacob ».
- **le vieillissement des personnes en situation de handicap**, groupe de travail piloté par Jacky Desdoigts, en lien avec le groupe thématique régional de l'ARS.

8. Engager de nouveaux travaux

- **création de 4 nouveaux groupes de travail** : Vieillesse, Soins et prise en charge des personnes en situation de handicap d'origine psychique, Santé-environnement, Santé jeunes enfants et prévention.
- **la future loi de santé et sa programmation en Bretagne**. Le parcours de santé, la coordination des soins, la prise en charge, les réseaux de santé, les services de proximité, l'accès aux soins de premier et second recours, le nouveau rôle de l'hôpital public... autant de dispositifs et de questionnements dont doit s'emparer la CRSA Bretagne.
- **la prévention et la promotion de la santé**. Thématique qui devra être transversale aux différentes commissions et groupes de travail. La CRSA pourrait envisager d'organiser, à travers des débats publics, « une année de la prévention en Bretagne ».

LA CONTRIBUTION DE LA CRSA BRETAGNE AU PROJET DE LOI DE SANTÉ

Dès novembre 2014, la commission permanente de la CRSA Bretagne a souhaité se saisir du projet de loi et rédiger une contribution visant à anticiper le déploiement en Bretagne de certaines dispositions et participer à l'évolution du système de santé breton.

Cette résolution fut adoptée en séance plénière du 4 décembre 2014 puis communiquée aux Présidents des Conférences de Territoire, à la Conférence Nationale de la Santé ainsi qu'aux parlementaires bretons. En voici les trois axes prioritaires :

Renforcer la Prévention

La région Bretagne est riche d'associations de prévention qui doivent être soutenues.

Dans le cadre de la préparation du futur Projet Régional de Santé en Bretagne, il faut intégrer un axe Prévention – Promotion de la santé dans les Schémas Régionaux Organisation des soins et Organisation Médico-Sociale. Il faudra également poursuivre les efforts de formation et d'information des acteurs et privilégier les Contrats Locaux de Santé comme outils des stratégies de prévention.

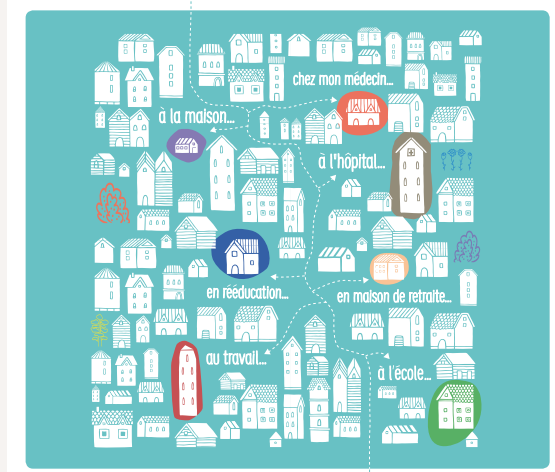
Dans le cadre d'une visée pour la réduction des inégalités sociales de santé, il faut agir en prévention auprès des enfants, des adolescents et des jeunes en articulant politique de santé et politiques sociales :

- assurer des services et des prestations pour tous les enfants et les adolescents, quel que soit leur milieu d'origine ;
- intensifier l'axe « santé précarité » du Schéma Régional Prévention et les mesures sanitaires, de protection sociale et intersectorielles en direction des publics les plus vulnérables ;
- agir sur les obstacles à l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Faciliter les parcours de santé

Nous allons vers une territorialisation de la politique de santé et un approfondissement de l'organisation du 1^{er} recours. En Bretagne, nous avons quatre départements, huit territoires de santé, huit Conférences de territoires. Pour les acteurs de terrain, les usagers et les professionnels, la notion d'espace de proximité est souvent évoquée. L'ARS Bretagne travaille actuellement sur un projet de structuration avec 22 territoires de proximité, soit 2 ou 3 territoires par conférence territoriale.

La territorialisation doit d'abord présenter un progrès pour les usagers. **Il faut être vigilant quant à l'accessibilité aux différents dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais aussi à leur lisibilité.**



4

DÉCEMBRE 2014 :
ADOPTION DE LA CONTRIBUTION
EN SÉANCE PLÉNIÈRE

Sur un même territoire, une organisation pertinente s'appuie sur une bonne **coordination et complémentarité de tous les acteurs de santé au service de l'usager**. Si le groupement hospitalier de territoire est constitué par des établissements publics de santé, dans le cadre d'un schéma arrêté par l'Agence Régionale de Santé, l'intérêt d'une territorialisation d'un système de santé est de prendre en compte et de coordonner l'ensemble des établissements publics et privés, sanitaires et médico-sociaux.

Afin d'assurer la qualité et la sécurité des parcours de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, il s'agit de rendre clair les coordinations de prises en charge avec et pour les professionnels et les usagers, en n'oubliant pas les professionnels de proximité comme les médecins généralistes.

Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie en santé

La CRSA Bretagne revendique le renforcement de la démocratie en santé sur la base d'un fonctionnement participatif affirmant et reconnaissant le rôle de chacun. Elle tâchera également de mettre en œuvre le renforcement des liens entre CRSA Bretagne et futurs Conseils Territoriaux de Santé.

Les différents acteurs en santé en Bretagne se sont engagés de façon volontariste dans les instances de la démocratie en santé. Ils ne souhaitent pas de fonctionnement opaque, vertical descendant mais aller vers un modèle empreint de la reconnaissance des rôles de chacun. À ce titre, par exemple, la délimitation des territoires de santé doit se faire en concertation avec les instances de la démocratie en santé et les représentants des acteurs en santé.

Si l'ARS a la charge d'arrêter les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ainsi que celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé,

il convient d'avoir une révision annuelle de ces zones afin d'être réactif dans l'aide à installation des professionnels dans les zones sous-dotées.

La prise en compte des avis rendus par les instances de démocratie en santé doit être formalisée par un retour du Directeur Général de l'ARS. Cette réponse doit s'effectuer de manière argumentée et écrite, notamment dans le cas où l'Agence prend un avis contraire à celui donné par la CRSA. Ne pas donner de réponse reviendrait à un « déni de la démocratie ».

De même, dans le cadre dudit renforcement de la démocratie en santé, il serait souhaitable que des représentants des professionnels et des usagers soient systématiquement invités et consultés dans les commissions de coordination des politiques publiques.

Tel que le préconise le rapport de Claire Compagnon « Pour l'An II de la Démocratie Sanitaire », il faut **garantir une place, une représentation et une formation aux représentants d'usagers dans toutes les instances de santé.**

La CRSA tient à rappeler l'importance de la priorité à la prévention et à la promotion de la santé dans une approche transversale, notamment de la prévention auprès des jeunes enfants avec des financements adéquats.

« La territorialisation doit d'abord présenter un progrès pour les usagers. »

LA COMMISSION SPÉCIALISÉE

ORGANISATION DES SOINS

DOMINIQUE BURONFOSSE

médecin gériatologue,
Président de la CSOS

HERVÉ LE NÉEL, médecin généraliste,
Vice-président de la CSOS



La commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins. L'ARS consulte la CSOS sur la politique d'implantation, l'activité des professionnels de santé dans les territoires de santé, l'aide médicale urgente et la permanence des soins, la création des établissements publics de santé et des groupements de coopération sanitaire et la politique de contractualisation.

L'année 2014 a vu la fin de la mandature de la CSOS et la mise en place d'une nouvelle Commission. Comme la précédente, elle rassemble des représentants des usagers, des collectivités territoriales, des conférences de territoire et des professionnels.

En 2014, les domaines abordés en CSOS ont été vastes. Ses membres furent amenés à donner des avis formels et furent informés sur nombre de sujets.

Les débats furent riches, constructifs, dans l'ensemble consensuels, même si parfois les opinions ont pu diverger.

FAIT MARQUANT

La contribution à la révision du PRS

Celle-ci résulta de participations collectives et individuelles et de l'élaboration d'une synthèse par un groupe de travail dédié. Elle fut soumise au vote de la commission (sans la présence de l'ARS), avant d'être approuvée en plénière.

Les membres de la commission ont sollicité l'ARS pour recueillir une analyse sur les difficultés rencontrées par les promoteurs des pôles et maisons de santé, une évaluation de leur action et l'étude des possibilités d'accompagnement de leur mise en relation de ces professionnels avec les établissements de santé.

Concernant l'offre de soins hospitalière, la CSOS a souhaité bénéficier, en plus du rapport de présentation et de l'avis de son rapporteur, d'un éclairage sur le degré de concertation au niveau du territoire de santé concerné. À cet effet, il est dorénavant demandé à la CRSA d'apporter quelques précisions dans ce domaine.

Un représentant de la coordination régionale de l'assurance maladie compte désormais parmi les membres de la CSOS.



Avis de la CSOS sur :

LES PROJETS :

financement de projets de pôles et maisons de santé pluri-professionnels, des maisons médicales de garde.

LES ACTIVITÉS DE SOINS :

transfert géographique (centre de dialyse, activité biologique d'AMP), autorisation d'activité (chirurgie en cancérologie, traitement du cancer par chimiothérapie, biologie d'AMP, soins de suite à temps plein et temps partiel, soins en néonatalogie, traitement de l'insuffisance rénale chronique, examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales).

LES ÉQUIPEMENTS :

acquisition, remplacement (IRM, scanner, gamma caméra et TEP Scan), créations (appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique).

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ :

élaboration et approbation d'une contribution sur sa révision.

LE SCHÉMA INTER-RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE.

La CSOS a été informée sur :

L'APPEL À PROJET :

expérimentation des nouveaux modes de rémunération, éducation thérapeutique du patient, télémédecine ambulatoire et établissements médico-sociaux.

LE CAHIER DES CHARGES :

unités de surveillance continue.

LA GESTION DES RISQUES :

usage et données de pharmacovigilance ayant trait aux anticoagulants directs.

L'EXERCICE COORDONNÉ :

association des professionnels s'y intéressant : GECOLIB.

LE PRS-SROS :

actions 2013 relevant du volet hospitalier.

LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES :

projet de formalisation des filières gériatriques hospitalières.

CONCLUSION

La volonté d'évaluer la pertinence des avis qu'ils ont rendus et plus encore de voir s'améliorer la santé des Bretons, conduira les membres de la CSOS à s'impliquer dans la méthodologie d'évaluation du projet régional de santé en 2015.

INTERVIEW

HENRI LEMOINE, membre de la CSOS, représentant des usagers

« J'ai été présenté par Générations Mouvement Union Régionale, mouvement associatif qui œuvre au maintien en bonne santé des Bretons.

J'occupe cette fonction de membre de la CRSA avec une double conviction : celle de représenter tous les usagers dans leur exigence de bénéficier de soins de qualité et ce, quels que soient leur âge, leur statut social ou leur lieu d'habitation. Et je suis par ailleurs conscient que ces usagers sont les cotisants du dispositif de santé et, à ce titre, demandent un bon usage de leurs deniers. Pour ces deux raisons, je participe à la commission spécialisée « organisation des soins ».

J'ai observé que les membres de la commission reçoivent une information suffisante pour donner un avis. Leurs prises de parole sont pertinentes et reçoivent une bonne qualité d'écoute. Selon les sujets, l'avis des professionnels de santé est déterminant mais les représentants des usagers y trouvent aussi leur place.

J'ai été surpris du vote à bulletin secret sur l'actualisation du plan régional de santé. Il me semble préférable d'afficher et de défendre son point de vue aussi bien devant les personnes que l'on représente que devant les autres collègues de cette instance. »



4

RÉUNIONS
EN 2014

24

DEMANDES DE FINANCEMENTS DE
PROJETS DE PÔLES - MAISONS DE
SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELS

45

DEMANDES D'AUTORISA-
TIONS DANS LE CHAMP
DE L'HOSPITALIER

A

vec l'aide d'une collaboratrice de l'ARS Bretagne, Mme Anne-France Renaud, la Commission Spécialisée Droits des Usagers a su, en 2014, trouver de bonnes conditions de fonctionnement et de travail.

Cette année a été surtout marquée par le renouvellement de la CRSA et donc des membres des commissions spécialisées. C'est ainsi que, si j'ai été réélu à la présidence de la commission, tous les membres de cette commission ont été renouvelés à l'exception de Bernard Raynal de la Croix Rouge. Ce renouvellement a insufflé une nouvelle dynamique, et les participants se montrent désireux de contribuer aux travaux de la commission, notamment le rapport annuel sur les droits des usagers et les attributions du label sur les droits des usagers.

Également, l'arrivée d'un médecin du travail, Dr Anne Riffaud, et d'une représentante des organismes gestionnaires des services à la personne, Mme Anne-Marie Briand, donnent de nouvelles visions sur des aspects spécifiques des droits des usagers.

Notre commission, composée de douze membres, présente encore quelques sièges non pourvus. Un travail devra donc être fait pour que l'effectif soit au complet et que nos réunions connaissent un meilleur taux de participation.

Contrairement aux années antérieures, le renouvellement de la CRSA et de ses commissions spécialisées n'a pas donné l'occasion à la CSDU et à la Commission Spécialisée Prévention de se réunir afin de s'associer aux travaux sur le suivi du Plan Régional Santé Environnement. C'est une perspective que nous tâcherons de mettre en œuvre en 2015.

Claude LAURENT, Président de la CSDU, Président de l'URAPEI Bretagne

Serge CHARPENTIER, Vice-président de la CSDU, Président du CISS Bretagne



LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DROITS DES USAGERS

FAITS MARQUANTS

4

RÉUNIONS EN 2014

Le rapport annuel sur les droits des usagers 2014

Alors que l'an dernier, le rapport adoptait une nouvelle ligne graphique du fait du cahier des charges national, ces mêmes présentations et structuration ont été reprises pour le rapport sur les droits des usagers 2014, construit à partir des données de 2013.

Cette année a donc surtout été consacrée à la collecte des nombreuses données des thématiques des droits des usagers telles que :

- les soins de ville ;
- le secteur hospitalier ;
- le secteur médico-social, incluant les champs des personnes âgées et personnes en situation de handicap ;
- les évolutions de la scolarisation des personnes en situation de handicap ;
- la santé des détenus ;
- la salubrité des logements, etc.

Ces travaux de collecte ont été plus fructueux que les années antérieures et les services de l'ARS ont largement contribué à cette collecte des données, dont le Pôle Qualité en Établissements avec Mme Myriam Bonnerre, qui a permis d'intégrer les résultats des certifications de la V 2010 pour tous les établissements sanitaires.

Ces travaux d'élaboration du rapport d'activité ont aussi donné lieu à confrontations avec les données des rapports annuels des autres CRSA tels que transmis et analysés par la conférence nationale de santé (CNS). Les travaux indicateurs de suivis des préconisations de la CNS n'ont pu être corroborés par les travaux de la CSDU/CRSA de Bretagne.



Le label **droits des usagers**

Le label « Droits des usagers de la santé » vise à valoriser des expériences exemplaires et des projets innovants en matière de promotion des droits des usagers. Il est attribué aux actions visant à promouvoir les droits individuels et collectifs des patients, dans la mesure où elles présentent un caractère innovant et reproductible. L'implication des usagers dans les projets retenus pour la labellisation est une condition indispensable.

En 2014, quatre projets bretons se sont vus attribuer ce label régional par la Commission droit des usagers de la CRSA Bretagne. Le projet du Centre Hospitalier Privé de Saint-Brieuc a été également retenu pour le label national.



Projet « La PASSERELLE »

Mettre le patient au cœur de notre système de soin - Centre Hospitalier Privé de Saint-Brieuc. LA PASSERELLE : Lieu d'Accompagnement Patient Annonces Soins Soutien Échange Rencontre Éducation, Lien avec L'Entourage.

Le projet met gratuitement à disposition un lieu d'échange privilégié où le patient et ses proches peuvent bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement destinés à favoriser leur bien-être. L'équipe pluridisciplinaire peut les accompagner par un soutien psychologique, une prise en charge diététique, un suivi post-opératoire de la cicatrice, une aide pour la compréhension et la gestion de la douleur, etc.



Ce projet a reçu également le label national « Droits des usagers du système de santé », ainsi que la somme de 2 000 euros le 4 décembre lors d'une cérémonie de remise de prix organisée au Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Projet « PAIRSVIE »

Formation aux 1^{ers} secours de personnes SDF - Association ADALEA.



Le projet consiste à former des personnes accueillies par l'association à la Prévention et Secours Civiques de niveau 1 par le biais des sapeurs pompiers de Saint-Brieuc et concevoir un livret de premiers secours destiné à permettre aux personnes d'avoir les bons gestes et les bons réflexes face à une situation de détresse ou d'accident dans l'attente de l'arrivée des secours.

Projet « Procédures juridiques Actes médicaux et chirurgicaux- majeurs protégés »

Centre hospitalier du Centre Bretagne (Noyal-Pontivy).

Cette procédure a pour objectif de faciliter la prise en charge des majeurs protégés dans des conditions optimales de qualité et de sécurité (y compris juridique). La procédure concerne à la fois les patients sous curatelle et sous tutelle (y compris lorsque cette dernière est confiée au mandataire judiciaire de l'établissement).

Projet « Droits des patients le patient co-acteur dans les décisions médicales »

CHU de Rennes.

La connaissance des droits des patients par les professionnels de santé est importante tout comme la communication entre soignants et soignés. Afin d'aider les professionnels dans l'appropriation des droits des patients mais aussi les aider à communiquer avec eux, le CHU de Rennes a décidé de créer un document informatif sous forme d'incollables. Plusieurs thèmes y sont décrits de manière synthétique. On y retrouve l'information et le consentement - la personne de confiance - la communication du dossier médical - les directives anticipées.



Ce fascicule est remis systématiquement aux nouveaux internes dans leur kit de bienvenue. Il a été adressé également à tous les responsables médicaux et aux cadres de santé.

Contribution à la **révision du PRS**

Au cours de l'année 2014, la CSDU a aussi œuvré sur un projet de contribution sur la révision du PRS.

ATTENTES ET PERSPECTIVES DE LA CSDU

La commission souhaiterait s'impliquer davantage dans les travaux des trois autres commissions spécialisées. Le dossier sur les droits des usagers pourrait également devenir un sujet travaillé en concertation avec celles-ci.



L

es débats au sein de la Commission médico-sociale ont pour vertu de s'inscrire dans une cohérence transversale en permettant à des acteurs impliqués de

définir, à travers des échanges, une position commune où chacun dans sa singularité, contribue à enrichir collectivement les réponses qui seront traduites et arbitrées par l'ARS. C'est un des bénéfices partagés, qui résultent de la nouvelle gouvernance mise en place par la Loi HPST de 2009 et qui peut résumer l'ambiance de la Commission Spécialisée pour la prise en charge et l'accompagnement Médico-Sociaux.

Collectivement, de nombreux défis nous attendent : accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap ; construire des réponses pour les enfants et les adultes souffrant de troubles autistiques ; sortir de l'isolement des personnes souffrant de troubles psychiques ; concevoir de nouvelles formes d'accompagnement respectueuses du droit et des besoins individuels des personnes et fondées sur une mutualisation contractualisée des partenaires



sociaux, médico-sociaux et sanitaires exerçant sur leur territoire de vie ; et enfin, d'une façon générale, réduire les inégalités de santé sur le territoire et améliorer la qualité de vie de la population. Ces défis ne pourront être relevés que dans le cadre d'actions intersectorielles, préfigurées dans des instances de dialogue et de concertation, comme peuvent l'être les commissions, en lien avec les conférences de territoire.

En 2014, la Commission Sociale et Médico-Sociale, s'est réunie trois fois. La diminution des rencontres de cette commission est à mettre en lien avec le renouvellement de la CRSA qui a eu lieu en octobre, ce qui *de facto*, a modifié la composition des membres de la commission.

Jacky DESDOIGTS, Président de la CSMS,
Directeur Général de l'ADAPEI 22

François HEISSAT,
Vice-président de la CSMS,
représentant de l'UNAFAM Bretagne

LA COMMISSION SPÉCIALISÉE MÉDICO-SOCIALE

FAITS MARQUANTS

Dès le début de l'année, l'ARS a annoncé la mise en chantier d'une réflexion sur la révision du Projet Régional de Santé en précisant que les travaux d'élaboration sur le prochain PRS débiteront en 2016. Les membres de la commission ont insisté sur la nécessité d'engager un processus de concertation et une méthodologie d'élaboration. Des entretiens individuels d'acteurs sélectionnés ainsi que des réunions d'élaboration du futur cahier des charges de l'évaluation du PRS ont été organisés durant l'année, afin de préfigurer la mise en œuvre des travaux.

Plan régional d'actions autisme (2014-2017)

Abondamment discuté lors d'une présentation aux membres de la commission en juin 2014, le plan dévoile 5 axes stratégiques :

- identification d'une gouvernance régionale forte ;
- la participation des usagers et des familles à la mise en place et au développement de la politique régionale en faveur des personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (TED) ;
 - l'importance d'agir en amont en renforçant le repérage précoce et de faciliter la réalisation des diagnostics ;
 - l'amélioration de l'accompagnement tout au long du parcours de la personne en apportant une vigilance particulière aux

périodes charnières ;

- la formation de l'ensemble des acteurs.

La commission a insisté sur la nécessaire vigilance concernant l'accompagnement des adultes qui ne sont pas en institution et qui, faute d'un dispositif lisible et structuré sur les territoires, restent très souvent des laissés-pour-compte.

Il est également précisé que la tarification ne doit pas se traduire par des moyens associés à une personne (une place), mais qu'elle doit être affectée à un territoire afin de sortir d'une logique d'établissement au profit d'une logique de territoire.

Évaluation interne et externe des établissements médico-sociaux

En 2013, la commission avait exprimé son inquiétude sur le retard pris par les opérateurs du secteur médico-social dans la mise en œuvre de la procédure d'évaluation, puisqu'en décembre 2013, seulement 30% des évaluations internes avaient été réceptionnées.

Les membres de la commission ont émis le souhait que la somme d'informations capitalisées, au travers de toutes évaluations menées par les établissements bretons, soit rendue lisible et exploitable par les acteurs de la CRSA afin de pouvoir en dégager des axes d'amélioration.

Travaux sur les parcours et la coordination

Parcours en psychiatrie et en santé mentale

Certains membres déplorent le déficit de coordination entre les différents acteurs et précisent qu'il est primordial d'établir un constat de la situation. Ce constat est partagé par l'ARS.

La commission a particulièrement insisté sur la mise en place d'actions, au niveau régional, qui permettent d'avancer sur la création de sessions de formations communes entre assistants sociaux et infirmiers, afin de favoriser l'acculturation des métiers, vertueuse dans l'accompagnement du parcours de vie des personnes dans une prise en compte globale.

Déploiement des MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

Un point de situation sur la formalisation des filières gériatriques a été présenté en s'appuyant sur le dispositif MAIA. La méthodologie de coordination des acteurs sur les territoires et le positionnement très particulier des MAIA, ont suscité l'intérêt des membres de la commission.

Pour la Bretagne, 11 MAIA sont actuellement en fonctionnement. La finalisation de la couverture régionale, demeure l'un des enjeux majeur de l'année 2015.

Point sur l'avancée des travaux d'un « Observatoire régional » partagé ARS/CG

C'est une demande récurrente de l'ensemble des acteurs d'objectiver sur la région le besoin mais aussi l'offre disponible. Dans un premier temps, un chantier a été ciblé : concevoir une plateforme régionale, qui soit une aide à la décision concernant la planification de l'offre. Deux objectifs sont visés : connaître le nombre de personnes inscrites en liste d'attente en ESMS et connaître le nombre de personnes présentes en ESMS ainsi que les places vacantes.

Ce projet réunit depuis maintenant deux ans les 4 Conseils Généraux, les 4 MDPH, l'Éducation Nationale et l'ARS. Un dictionnaire de 68 items partagés a été construit par le groupe de travail.

Le but sera de lancer le marché à la fin du 1^{er} semestre 2015 afin que le dépouillement des offres puisse s'effectuer avant la fin de l'année 2015.

Les Appels à Projet conjoints avec les Conseils Généraux

En fin d'année, plusieurs appels à projets ont été discutés, notamment des créations de SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) dans les départements du Finistère et du Morbihan ainsi qu'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) à Pontivy.

En 2015, de nouveaux appels à projet concerneront :

- 8 places d'ACT (Accueil Coordination Thérapeutique) ;

- 8 lits Halte/soin/santé dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ;
- 52 places de SSIAD pour personnes handicapées sur la région ;
- la refondation du centre régional autisme.

2

MEMBRES DE LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DE L'ORGANISATION DES SOINS, REPRÉSENTANT LE SECTEUR SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL, PARTICIPENT AUX ÉCHANGES ET FONT LE LIEN ENTRE LES DEUX COMMISSIONS.



LA COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION



FAITS MARQUANTS

U

ne fois n'est pas coutume, l'actualité politique a placé la prévention au cœur des débats qui ont agité le monde de la santé publique en 2014. Ces débats, initiés en 2013 par la présentation de la Stratégie Nationale de Santé, ont permis de rappeler le rôle central de la prévention et de la promotion de la santé (PPS) dans la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, ainsi que la nécessité

d'agir sur les multiples déterminants de la santé de la population bretonne, notamment dans le but de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Cet impératif a été réaffirmé lors du débat public organisé conjointement par l'ARS et la CRSA en février 2014. Faut-il le rappeler ? Une politique de promotion de la santé de la population nécessite des interventions intersectorielles, agissant sur les déterminants de la santé présents dans tous les environnements de vie, favorisant le décloisonnement avec le système de soins, et impliquant la population dans toute sa diversité.

Au regard de ces enjeux régionaux et nationaux, la Commission Spécialisée Prévention s'est fortement mobilisée pour élaborer un double avis : sur le futur Projet Régional de Santé, et sur la prise en compte des orientations de la Stratégie Nationale de Santé dans les cadres institutionnels et d'intervention de la PPS en Bretagne. À l'appui de cette mobilisation, la Commission s'est prononcée en 2014 pour une participation active de ses membres à l'évaluation du PRS 2012-2016, dont les premiers jalons seront posés en 2015. Cette participation veillera, entre autres, à ce que tous les enseignements soient tirés de cette évaluation en matière de mise en œuvre de la prévention et de la promotion de la santé aux différents échelons territoriaux, de façon à ce que le futur PRS fournisse aux acteurs de ces champs un cadre approprié pour la réalisation de leurs missions.

Christine FERRON, Présidente, Directrice de l'IREPS
& **Philippe LE ROUX**, Président, Chirurgien dentiste
Isabelle STEPHANT, Vice-présidente,
coordinatrice AIDES



En mai 2014, la CSP a produit des préconisations visant à favoriser l'intégration des orientations de la Stratégie Nationale de Santé dans la politique de santé publique régionale

La santé dans toutes les politiques :

- acculturer et sensibiliser les décideurs et la population à la notion de déterminants de la santé et aux modalités d'intervention sur ces derniers ;
- soutenir le développement des évaluations d'impact sur la santé dans le cadre de tous les projets pour lesquels cette évaluation présente un réel intérêt.

La réduction des inégalités sociales de santé :

- dans le cadre d'une approche populationnelle, agir en prévention auprès des enfants, des adolescents et des jeunes en articulant politique de santé et politiques sociales ;
- maintenir ou intensifier l'axe « santé précarité » du Schéma Régional de Prévention et les mesures en direction des publics les plus vulnérables ; agir sur les obstacles à l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé.

L'observation de la santé :

- renforcer l'observation, en vue du diagnostic, du suivi et de l'évaluation des dispositifs et des programmes ;
- se donner les moyens d'objectiver, de mesurer les évolutions des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- développer une réflexion régionale sur les indicateurs de suivi et d'évaluation les plus pertinents et prioritaires.

La promotion de la santé dans les milieux de vie :

- privilégier les contrats locaux de santé comme outils de déploiement des stratégies de promotion de la santé dans les territoires ;
- impliquer tous les acteurs concernés et notamment les habitants-usagers dans la gouvernance d'une politique locale de santé et de bien-être qui dépasse le cadre de l'accès aux soins ;
- mobiliser davantage la commission de coordination des politiques publiques sur la prévention comme un espace d'élaboration et de mise en œuvre d'une dynamique

intersectorielle de promotion de la santé et de prévention collective dans tous les milieux de vie : milieu scolaire, milieu du travail, milieu hospitalier, milieu carcéral, quartiers ;

- accompagner et soutenir les interventions de première ligne mises en œuvre par les acteurs de l'éducation ou de la promotion de la santé en contact direct avec la population, ainsi que l'implication des collectivités locales dans des problématiques de santé et de qualité de vie dans les territoires ;
- dynamiser les débats publics sur des thèmes de santé en revisitant les conditions d'une réelle participation des populations concernées et en tenant compte des différents niveaux territoriaux où cet exercice démocratique doit s'exercer. les collectivités locales doivent être davantage associées à ces débats, ainsi que le Conseil régional et le Conseil économique, social et environnemental régional (CESER).

54 MEMBRES TITULAIRES ET SUPPLÉANTS COMPOSENT LA CSP DONT 11 ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (RECTORAT, PMI, OBSERVATOIRE, ASSOCIATIONS DE SANTÉ-ENVIRONNEMENT, NUTRITION...)

La mise en place de la nouvelle mandature

La CRSA a connu en 2014 un renouvellement de ses membres. La séance d'installation du 7 octobre a permis de constituer les différentes commissions, la Commission Spécialisée Prévention a donc vu sa composition modifiée.

Ainsi, Christine Ferron, après 5 années de présidence, a passé le témoin à Philippe Le Roux. Il convient ici de saluer le travail

effectué par la Présidente au cours de ces quatre années de mandat. C'est aussi l'occasion d'inscrire cette nouvelle étape dans la poursuite des travaux engagés dans le champ de la Prévention en Bretagne, au service des Bretons et de leurs territoires.

Isabelle Stephant, nouvelle Vice-présidente, est une active contributrice au travail de notre commission.

AXES DE TRAVAIL POUR 2015 – 2016

- Évaluation du PRS par un groupe de travail interne, en relation avec la CSP, pour une validation en séance plénière du 25 juin 2015.
- Mobilisation de la CSP pour l'organisation de débats publics dans le cadre de l'année de la Prévention fixée à 2016.
- Participation active au groupe de travail CRSA Santé-environnement sur « l'implication de la population dans les décisions liées à la santé et à l'environnement » dans le cadre du prochain PRSE.



LES GROUPE DE TRAVAIL ET LES DÉBATS PUBLICS

Cadre général

Les groupes de travail de la CRSA Bretagne sont constitués à la demande du président, la thématique étant approuvée en séance plénière. Chaque groupe a vocation à travailler sur une thématique relevant du champ de la plénière afin de pouvoir présenter des préconisations devant le Président de la CRSA ainsi qu'à l'assemblée. Ces préconisations, qui tiennent compte des spécificités de la région Bretagne, sont ensuite transmises à la Conférence Nationale de la Santé.

Objet

À partir de la thématique générale définie, le groupe de travail précise les orientations vers lesquels il souhaite se tourner. Cela peut être le simple suivi d'une question comme une visée de recommandations et leur mise en œuvre. Des débats publics peuvent être organisés afin d'alimenter leur réflexion.

Organisation

Le groupe de travail est ouvert à tout membre titulaire et suppléant de la CRSA Bretagne et des Conférences de Territoire sous réserve d'inscription. Il peut également s'ouvrir à des membres extérieurs intéressés par la démarche : Conseil régional, Conseil Économique, Social et Environnemental Régional Bretagne (CESER), Conseils Départementaux, Métropole et collectivités territoriales, associations, Fédérations, personnes qualifiées...

GROUPE DE TRAVAIL TÉLÉMÉDECINE ET E-SANTÉ

Développer la télémédecine au service du maillage territorial du premier et second recours. Faciliter l'accès et la coordination des soins entre le secteur ambulatoire, hospitalier et médico-social.

PILOTE

BERNARD GAILLARD, Président de la CRSA
crsa-bretagne@ars.sante.fr (secrétariat)

15

MEMBRES COMPOSENT
LE GROUPE DE TRAVAIL
TÉLÉMÉDECINE ET E-SANTÉ
DONT UN MEMBRE DU
CESER ET UN MEMBRE DU
CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Objectifs et axes de travail

- suivi des recommandations de la CRSA Bretagne ;
- veille sur l'évolution technologique, l'homme et la médecine connectés ;
- liens avec l'Espace Régional d'Éthique Bretagne et le Conseil Régional des Jeunes.

INTERVIEW

PHILIPPE HUBERT, membre du groupe de travail, médecin pneumologue

« Ma participation au groupe de travail télémédecine est déterminée par deux éléments : d'une part l'engagement de l'URPS médecins dans des projets de télémédecine et la recherche d'un modèle économique adapté et d'autre part, la nécessité de réflexions éthiques face à des moyens technologiques qui peuvent vite nous déborder.

En tant que médecin libéral, j'ai besoin de connaître ce qui deviendra une partie incontournable de l'activité médicale de demain. Dans ce groupe, nous tâchons d'être vigilants à ce que ces expérimentations respectent les notions d'éthique médicale et de qualité du soin. Nos réflexions visent aussi à en faire reconnaître la valeur économique, notamment en comptabilisant les dépenses collectives que ce mode doit limiter (par exemple dépenses de transport évitées par la télémédecine).

Dans la perspective du suivi des recommandations émises l'an dernier en CRSA, nous veillerons à ce que les capacités d'action par la télémédecine ne soient pas la seule réponse aux problèmes de démographie médicale. »

GROUPE DE TRAVAIL DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Améliorer la participation des acteurs du système de santé. Développer la concertation, le décloisonnement des pratiques et le débat public dans le cadre de la démocratie en santé.

CO-PILOTES

BERNARD GAILLARD, Président de la CRSA
SERGE CHARPENTIER, CISS Bretagne
et Vice-président de la CSDU
crsa-bretagne@ars.sante.fr (secrétariat)

Objectifs et axes de travail

- définition d'un langage commun autour de la démocratie en santé et la notion de responsabilité des acteurs ;
- contribution du groupe de travail à la démarche engagée par l'ARS avec la CRSA Bretagne d'évaluation du projet régional de santé ;
- poursuite du travail engagé précédemment, notamment en privilégiant les débats publics dans un cadre partenarial qui contribue à renforcer les liens entre les acteurs en santé.

23

MEMBRES COMPOSENT LE GROUPE DE TRAVAIL DÉMOCRATIE EN SANTÉ DONT 8 REPRÉSENTANTS DES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE AINSI QU'UN MEMBRE DU CESER

GROUPES DE TRAVAIL SUR LE HANDICAP

L'accès aux soins des **personnes en situation de handicap**

Faire de l'accès aux soins et au système de santé une priorité dans la Stratégie Nationale de Santé. Faciliter les parcours de prises en charges sociales et médico-sociales des personnes handicapées, afin d'améliorer leur qualité de vie et leur inclusion sociale.

COPILOTES

CLAUDE LAURENT, URAPEI et Président de la CSDU,
SERGE CHARPENTIER, CISS Bretagne
et Vice-président de la CSDU
crsa-bretagne@ars.sante.fr (secrétariat)

18 MEMBRES COMPOSENT LE GROUPE DE TRAVAIL DONT 6 REPRÉSENTANTS DES USA- GERS ET 6 REPRÉSENTANTS DES GESTIONNAIRES DES ÉTABLISSE- MENTS MÉDICO-SOCIAUX.

Objectifs et axes de travail

En s'appuyant sur le rapport de Pascal Jacob, les objectifs de ce groupe visent désormais le suivi, la déclinaison et la priorisation des recommandations remises à la CRSA du 18 juin 2014 et adoptées en séance plénière, à savoir :

- élaboration et signature d'une charte sur l'accès aux soins en s'appuyant sur la charte déjà signée dans certaines régions à l'initiative de Pascal Jacob ;
- recensement des diverses actions ou solutions déjà mises en place aux fins de leur duplication et aussi d'une communication tant vers les professionnels que vers les personnes en situation de handicap ;
- étude des modalités d'une expérimentation pour la mise en œuvre d'une tarification différenciée.

Débat public sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Le groupe, formé en janvier 2014, s'était fixé l'objectif d'organiser un débat public et remettre à la Commission Permanente du 15 mai 2014, puis à la CRSA du 18 juin, des préconisations sur l'accès aux soins des personnes handicapées.

Le débat public s'est tenu le 16 mai 2014 à l'agrocampus de Rennes, avec la participation de Pascal Jacob – Président de l'Association Handidactique-I=MC² - pour la restitution de son rapport national *Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*.

160 participants (usagers, associations, fédérations, professionnels) ont assisté et témoigné lors de cette journée au cours de laquelle 3 tables rondes se sont tenues, en alternance avec la projection du film *Si tu savais* de Pascal Jacob et la présentation de son rapport et de ses préconisations.



Le vieillissement des personnes handicapées

*Lutter contre l'exclusion des personnes handicapées vieillissantes.
Identifier les bonnes pratiques et proposer les évolutions à mettre en œuvre.*

CO-PILOTES

JACKY DESDOIGTS,
ADAPEI 22 et Président de la CSMS
ARS BRETAGNE
crsa-bretagne@ars.sante.fr (secrétariat)

22

MEMBRES COMPOSENT LE
GROUPE DE TRAVAIL DONT
6 REPRÉSENTANTS DES
COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Objectifs et axes de travail

Pour appuyer son travail, le groupe a choisi de se référer au rapport national de M. Patrick Gohet, inspecteur général des affaires sociales, sur les personnes handicapées vieillissantes. Le groupe souhaitait alors s'interroger sur les prescriptions du rapport et en extraire des pistes de réflexion sur les spécificités de la Bretagne.

Mis en place dès janvier 2014, le groupe s'est fixé l'objectif de remettre à la Commission Permanente du 15 mai 2014, puis à la CRSA du 18 juin, des préconisations sur le vieillissement des personnes handicapées selon les spécificités de la région Bretagne et d'organiser un débat public sur cette thématique.

Maintenu à la suite du renouvellement de la CRSA, il a été décidé, d'un point de vue méthodologique, que ce groupe fusionnerait

avec le groupe thématique régional de l'ARS, qui travaillait sur cette même problématique.

Ce groupe, dont une première rencontre est programmée au deuxième trimestre 2015, aura pour objectif de faire des préconisations, dans un premier temps sur la base du recensement des bonnes pratiques, et d'élaborer des propositions autour de quelques actions concrètes qui pourraient se traduire sur le terrain en prenant appui sur des opérateurs.

Débat public sur « le vieillissement des personnes handicapées : parlons-en pour mieux agir »

Le débat public s'est tenu le 18 mars au lycée Saint Gabriel de Pont-l'Abbé, en présence du Président du Conseil Général du Finistère, et avec la participation de Patrick Gohet – inspecteur général des affaires sociales – pour la restitution de son film *L'avancée en âge des personnes handicapées* et de son rapport national sur les personnes handicapées vieillissantes.

Plus de 400 personnes, professionnels et particuliers, ont participé au débat afin d'aborder la problématique notamment lors de la table ronde, organisée à l'issue de la projection du film, composée de Gilles Rolland – Directeur Général des Amitiés d'Armor – Françoise Jousset – Présidente de l'association Les Papillons blancs – et de Jean-François Marandola – Président de l'ADAPEI 29.

Ce débat a permis d'apporter un éclairage sur la thématique des personnes handicapées vieillissantes, notamment grâce aux témoignages et expériences des participants (transformation de places en EHPAD en places PHV, prise en charge intermédiaire de type MAPHA - Maison d'accueil pour personnes handicapées âgées - etc.).



PRÉCONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL « ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES »

Élaboration et signature d'une charte sur l'accès aux soins des personnes handicapées en région Bretagne

Acteurs concernés :

- les fédérations hospitalières : FHF, FHP et FEHAP,
- les fédérations du domicile : UNA, ADMR, ADESSA,
- les fédérations de personnes handicapées,
- les URPS,
- les conseils de l'ordre,
- les conseils départementaux,
- les associations de prévention et de promotion de la santé,
- les associations d'usagers, de leurs familles et de leurs proches.

Cette charte, portée par la CRSA et l'ARS, devra se décliner localement via les conférences de territoires. Ce sujet tâchera d'être abordé lors de la rencontre du 29 avril entre la CRSA et les conférences de territoires.

Ne pas réinventer tout : des choses ont bougé, des choses bougent, sachons les dupliquer

Réaliser un inventaire à trois niveaux sur les actions mises en place : national, régional et local. Les diverses instances de la démocratie sanitaire (CRSA et ses instances, conférences de territoires et ses instances), mais aussi les différents services de l'Agence Régionale de la Santé doivent être impliqués dans ce recensement et dans cet effort de multiplication de réponses et de leur duplication.

À ce titre, L'ARS Bretagne a donné son accord pour impliquer un stagiaire en 2015 sur cette préconisation.

Le Temps du soin pour Personnes Handicapées et le Temps du Soins ordinaire

Le groupe a préconisé qu'une tarification à la personne en situation de handicap soit envisagée permettant de rémunérer le professionnel de santé en fonction du temps qu'il va consacrer à la personne et non pas selon la base classique de l'acte. En effet, le temps du soin pour une personne en situation de handicap n'est pas le même que pour une personne sans handicap.

Aujourd'hui, force est de constater que les professionnels ne peuvent ou ne veulent pas accueillir une personne en situation de handicap. Certains établissements refusent l'admission de certains usagers car considérés comme trop lourds, en terme de coût et en terme de mobilisation du personnel dédié. Il s'agit donc de proposer aux CPAM une adaptation des financements.

Agir tôt : prévention et diagnostic

Afin de diagnostiquer au plus tôt le handicap, et d'informer et former les familles qui seront les premiers aidants, des actions de formation (intégrées dans le programme initial et via le DPC) cibleraient particulièrement :

- les pédiatres et les médecins généralistes,
- les services de prise en charge précoce tels que les CAMSP et les CMPP,
- les familles via des associations (ou collectifs d'associations) de personnes handicapées agréées comme organisme de formation.

Prévention et dépistage

Intégrer toutes les personnes atteintes d'un handicap aux actions de dépistage, notamment en prévoyant une adaptation des équipements.

Formation - information

Proposer aux professionnels de santé et paramédicaux en formation un stage sur des lieux de vie de personnes en situation de handicap. Il faut former les équipes soignantes à l'accueil des personnes en situation de handicap. Ex : autisme.

La culture et le rythme du soin sont différents de ceux de l'accompagnement proposé dans le champ médico-social. Des passerelles sont donc à trouver.

Sur la CT4, un projet en cours vise à établir une convention type entre les hôpitaux locaux et les structures médico-sociales. Cette convention pourrait servir de support de réflexion au groupe de travail.

Conservons à l'hospitalisation son rôle de soins très lourds, et ne la transformons pas en médecine générale

- optimisation des conventions et les interventions HAD et ESMS,
- implication de la télémédecine (ex : téléhpad) et le secteur médico-social.

En EHPAD, le cloisonnement des enveloppes a eu pour conséquence une réduction sur les soins. Pratiqués sur place. Les résidents sont donc orientés vers l'hôpital (Ex : soins dentaires). Au-delà du coût, la question se pose sur la qualité des soins, notamment à travers les conséquences du déplacement pour la personne.

Mise en place de livrets médicaux adaptés aux personnes avec un handicap cognitif ou non communicantes

ANNEXE 2

PRÉCONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Les réponses doivent être adaptées à l'état physique et à la situation sociale de la personne en situation de handicap. Elles doivent être évolutives, c'est-à-dire susceptibles d'adaptation aux changements qui interviennent dans sa vie, et durables pour éviter qu'elle soit exposée aux conséquences, notamment psychologiques et économiques, qui résultent de solutions temporaires.
- Le vieillissement doit être inscrit dans le parcours de vie de la personne, concept qui préside aujourd'hui au processus d'orientation et de suivi de la personne handicapée et qui remplace celui de filière.
- La priorité est donnée au vieillissement en milieu ordinaire de vie. D'où le rôle clé des aidants, notamment familiaux, ainsi que la nécessité de l'adaptation programmée de l'offre médico-sociale qui en découlent.

Par ailleurs, le groupe a insisté sur l'importance de mettre en place un observatoire consolidé régionalement chargé de faire, dans un premier temps, une évaluation quantitative du phénomène lié au vieillissement des personnes handicapées. Il a aussi insisté sur la nécessité de mettre en place un observatoire des bonnes pratiques, fussent-elles expérimentales. Quatre éléments structurent globalement les réponses qui pourraient être abordées : l'anticipation, la prévention, le repérage et l'accompagnement.



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2014 DE LA CRSA BRETAGNE

Directeur de la publication
Bernard GAILLARD

Coordination
Anne-France RENAUD, Cécile TURMEL

Rédaction
Dominique BURONFONSSE, Jacky DESDOIGTS, Christine FERRON,
Bernard GAILLARD, Claude LAURENT, Philippe LE ROUX,
Anne-France RENAUD, Cécile TURMEL

Crédits Photos
ARS Bretagne, Thinkstock

Impression
Média Graphic

Conception
Précontact

Dépôt Légal
à parution

N° ISSN
2275-931X

