



PRS
2018-2022

PROJET RÉGIONAL

DE SANTÉ

DE BRETAGNE



BILAN ANNUEL

L'évaluation du Projet régional de santé 2018 -2022

L'évaluation du PRS est prévue spécifiquement par le Code de la Santé Publique en son article R 1434-8 qui dispose que « L'ARS précise les modalités de suivi et d'évaluation des dispositions prévues par le schéma, notamment en ce qui concerne l'efficacité de ses dispositions. Le schéma régional de santé est révisé, après évaluation de l'atteinte de ses objectifs au moins tous les cinq ans ».

Le Cadre d'orientation stratégique (COS) fixe le cadre de cette évaluation qui doit s'appuyer sur :

- **La définition d'indicateurs à suivre durant les cinq années du schéma.** Ces indicateurs ciblés ne prétendent pas à l'exhaustivité et de ce fait n'excluent pas la possibilité d'en établir d'autres, notamment pour suivre une politique spécifique. L'impératif de cohérence et de lisibilité du suivi d'ensemble impose cependant de ne pas dépasser une centaine d'indicateurs ;
- **Des feuilles de route établies chaque année** pour traduire le SRS et le PRAPS en actions, en concertation avec les partenaires, faisant le lien avec les programmes nationaux et les moyens financiers qui leur sont affectés ;
- **Une réflexion avec les instances de la démocratie en santé autour de la question de l'évaluation.** Si un aspect fondamental de l'évaluation réside dans le suivi de l'effectivité des actions et de l'évolution des indicateurs, il conviendra collectivement de jeter les bases, dès l'adoption du PRS d'une évaluation du schéma régional.

Le Schéma régional de Santé (SRS) prévoit également dans son introduction les principes du suivi régulier de sa mise en œuvre : « un schéma régional de santé doit pouvoir être suivi pour être évalué. Les thèmes du SRS disposent d'un indicateur par chantier qui permettra de constater annuellement la progression des objectifs que l'Agence se fixe pour les cinq prochaines années. D'autres modalités d'évaluation complémentaires pourront être développées. »

A la suite d'une concertation importante, tant interne qu'externe, **une méthode d'évaluation du PRS 2 a été arrêtée conjointement lors de la CRSA de mars 2019.**

Elle repose sur les **cinq principes** suivants :

- **La co-construction et le partage :** le programme d'évaluation est construit et mis en œuvre conjointement par l'ARS et ses partenaires, notamment de la démocratie en santé (CRSA/CTS) ; ses résultats font l'objet d'une communication et d'un partage larges adaptés au périmètre d'action territorial des différents acteurs.
- **L'approche organisationnelle :** il apparaît difficile d'isoler l'impact particulier du PRS 2 parmi les différents facteurs d'évolution de l'état de santé de la population bretonne ; le programme d'évaluation vise donc à mettre en évidence les effets du PRS 2 sur l'organisation et les conditions de fonctionnement du système de santé dans les territoires bretons.
- **La non-exhaustivité :** le programme d'évaluation est centré sur quelques marqueurs principaux, sous forme de questions évaluatives en nombre limité, en lien avec les objectifs du Cadre d'Orientation Stratégique (COS).
- **La pluri annualité :** le programme d'évaluation sera déployé sur toute la durée du PRS2 avec des phases annuelles modulables.
- **La diversité des outils d'évaluation :** indicateurs nationaux et régionaux du suivi, extraits de synthèses thématiques qualitatives et quantitatives, études et enquêtes ciblées, notamment sur des territoires, focus sur certains plans nationaux.

L'évaluation a pour objectif de permettre d'ajuster l'action de l'agence et de préparer le PRS 3.

Le programme d'évaluation du PRS est donc organisé autour de la réponse à 7 questions dans lesquelles sont identifiés des priorités organisationnelles qui seront plus particulièrement suivies. Pour chaque question évaluative, un bilan de l'année écoulée sera dressé. Des actions, choisies pour leur état d'avancement, leur éventuel caractère innovant et/ou territorialisé, feront l'objet de focus. Des indicateurs quantitatifs et des études pourront compléter ces éléments.

SOMMAIRE

La politique régionale de santé a-t-elle été concertée et mise en œuvre collectivement par tous les acteurs du système de santé ?	3
Les atteintes prématurées à la santé ont-elles diminué ?	7
L'offre de soins est-elle plus accessible sur les territoires ?	11
Les parcours de santé des usagers ont-ils gagné en qualité ?	16
La qualité et l'efficacité des soins et accompagnements sont-elles renforcées ?	20
La prévention et la prise en charge des situations de dépendance (perte d'autonomie liée à l'âge, situation de handicap, maladie chronique lourde) sont-elles améliorées ?	24
Des outils innovants ont-ils permis d'agir sur la qualité du système de santé ?	29

La politique régionale de santé a-t-elle été concertée et mise en œuvre collectivement par tous les acteurs du système de santé ?

Le Projet Régional de Santé souligne la nécessaire implication des partenaires institutionnels et de la démocratie en santé dans les conditions de réussite pour répondre aux défis posés au système de santé breton dans les années à venir. Des instances comme la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et les Conseils territoriaux de santé (CTS), qui regroupent Des représentants des institutions, des collectivités, des professionnels et des usagers, constituent des lieux privilégiés de dialogue sur la politique de santé en région. Leur contribution facilite l'appropriation des enjeux de la politique de santé par la population et relaye les questionnements et propositions des acteurs de terrain.

Le PRS vise, avec ses partenaires, à développer une action coordonnée et contractualisée en matière de santé sur tous les territoires. Dans le domaine de la santé mentale, priorité de santé publique dans notre région, le PRS ambitionne notamment d'accompagner la mise en œuvre d'une action partenariale et territoriale se traduisant par l'élaboration de Projets départementaux de santé mentale (PDSM) et par le déploiement de Conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Après deux années de travail avec l'ensemble de ses partenaires (élus, fédérations et unions professionnelles, instances de démocratie en santé), l'ARS a publié le PRS 2018 - 2022 le 29 juin 2018. Le document, plus ramassé qu'antérieurement, privilégie la lisibilité pour favoriser l'appropriation des enjeux et des orientations résultant d'une vision partagée du système de santé et de ses évolutions. La feuille de route de la politique de santé bretonne pour les cinq prochaines années donne une place renforcée à la prévention, la coordination des politiques publiques, l'accès aux soins des populations les plus vulnérables, l'organisation des parcours de santé et de vie, la qualité et la sécurité des soins, l'innovation en santé et la contribution attendue de tous les acteurs du système de santé.

La concertation, voire la co-construction, a guidé la démarche d'élaboration du PRS avec les professionnels et leurs fédérations et unions, les partenaires institutionnels des collectivités territoriales et des administrations, les représentants de la démocratie en santé. A chaque étape (définition des territoires, diagnostics, cadre d'orientation stratégique, schéma régional de santé), les échanges ont été organisés. La phase de consultation réglementaire a été précédée d'une période de pré-consultation de 2 mois non prévue par les textes qui a permis l'analyse de 28 contributions reçues et l'intégration de 130 modifications dans le texte du PRS soumis à avis.

La déclinaison en plans d'actions opérationnels des objectifs du PRS, l'accompagnement des évolutions du système de santé dans un contexte de maîtrise de la dépense publique ou encore l'évaluation du PRS seront d'autant plus pertinents qu'ils auront fait l'objet d'une concertation. En cela, une responsabilité et une exigence fortes pèsent sur l'ARS et ses partenaires de la démocratie en santé.

D'autre part, on peut relever qu'en 2018 les instances de démocratie en santé ont augmenté leur coopération, notamment par la création d'une newsletter, et que l'implication des CTS dans les projets territoriaux a été renforcée par leur représentation dans la gouvernance des projets de CLS et des PTSM.

Le Contrat Local de Santé (CLS) a été rénové en 2018 pour faciliter la mise en œuvre du PRS à une échelle territoriale de proximité et lutter contre les inégalités en matière de santé. A partir des acquis des années précédentes, la doctrine régionale a été adaptée. Conclu dorénavant pour cinq ans, le CLS a désormais vocation à investir les thématiques prioritaires suivantes : promotion de la santé par des actions sur les déterminants de santé, accès aux soins de premiers recours et développement de l'exercice coordonné, accompagnement des populations vulnérables et des aidants, innovations citoyennes. L'objectif est celui d'une couverture progressive de la région par 20 à 30 CLS (en 2018 : 8 CLS en cours, 7 CLS en projet).

Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) s'élaborent sur les quatre territoires départementaux. En 2018, les départements 22 et 35 ont réalisé un diagnostic partagé, approuvé par l'ARS. Ils travaillent maintenant sur un plan d'actions. Les départements 29 et 56 ont commencé leurs travaux plus tardivement. Enfin, les conseils de santé mentale permettent, au niveau local, de mobiliser élus, professionnels de santé, représentants des usagers afin de définir des actions en matière de prévention et de parcours de soins. La réalisation d'un état des lieux des CLSM bretons l'an passé a permis de faire le point des CLSM opérationnels (6), en sommeil (2) ou en projet (une dizaine) et d'identifier des points d'évolution et des conditions de réussite. Une rencontre régionale avec les partenaires concernés a été l'occasion de restituer l'état des lieux régional, de le mettre en perspective avec l'état des lieux national et de positionner désormais la définition d'une politique d'appui au développement des CLSM.

L'ensemble de ces réalisations a donc contribué à renforcer les conditions structurelles d'une meilleure concertation de la politique régionale de santé.

LES FOCUS

L'ECRITURE DU PRS 2 A ÉTÉ L'OCCASION D'ORGANISER UNE IMPORTANTE CONCERTATION AVEC L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES DE L'ARS

Dans le cadre de la consultation réglementaire, plusieurs partenaires ont été sollicités afin de recueillir leur avis sur le PRS 2 : les partenaires identifiés par les textes bien sûr (les Conseils départementaux, le Conseil régional, la CRSA, les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, le conseil de surveillance de l'ARS, les maires, la préfecture de région) mais aussi les EPCI, les fédérations hospitalières, les centres hospitaliers de territoire et les conseils territoriaux de santé. Ainsi, la FEHAP a attiré l'attention de l'ARS sur la nécessaire coordination des politiques publiques, notamment d'un point de vue financier.

De surcroît, en amont de cette consultation obligatoire, l'ARS et les instances de la démocratie en santé ont organisé de nombreux débats et échanges pour alimenter le PRS. Les CTS, notamment, ont constitué des groupes de travail afin d'adresser des contributions à la CRSA en amont de la consultation réglementaire. Par exemple, sur le chantier 3 « Faire en sorte que les actions de prévention bénéficient à chacun selon ses besoins » du thème 01 « Lutter contre les inégalités de santé en agissant sur les déterminants et en développant la promotion de la santé », le CTS d'Armor a pu préconiser de retenir des actions éducatives les plus ciblées possibles et ce, dès le plus jeune âge (du primaire au lycée).

Au total, c'est près d'une trentaine de contributions écrites qu'a reçues l'ARS en plus des échanges en séance ou en groupe de travail. Plus d'une centaine de modifications ont découlé de ces différents temps de concertation.

LE TRAVAIL CONTRIBUTIF DES CTS A ÉTÉ FAVORISÉ PAR LA MISE À DISPOSITION DE PORTRAITS DE TERRITOIRES

Les Chiffres

En 2018, pour recueillir la parole des citoyens, les conseils territoriaux de santé ont organisé :

- Neuf débats publics
- Une enquête sur les besoins des usagers

Dès l'installation des Conseils territoriaux de santé (CTS) en 2017, l'ARS Bretagne a construit les portraits de territoire de démocratie en santé en partenariat avec l'ORS Bretagne.

Outil d'aide à l'action territoriale, ces portraits de territoire mettent à disposition des acteurs et instances locaux des indicateurs permettant de caractériser sur chaque territoire l'état de santé de la population et l'offre de soins. Tous bâtis selon une structure identique, les sept portraits renseignent ainsi sur la structure démographique locale, détaillent les indicateurs sociaux, restituent le contexte environnemental, dressent l'état de santé et présentent l'offre de soins.

Les CTS se sont appropriés ces données et ont contribué à la rédaction de synthèses présentant les forces et faiblesses de chaque territoire.

Tout au long de l'année 2018, ces portraits de territoire ont nourri les débats et réflexions au sein de l'instance locale de démocratie en santé, en particulier dans le cadre de la construction du PRS 2018 - 2022.

Retrouvez les portraits de territoire de démocratie en santé sur le site de l'ARS Bretagne.

LE CONTRAT LOCAL DE SANTE DU PAYS DE PLOERMËL - CŒUR DE BRETAGNE, UN OUTIL DE DÉPLOIEMENT CONCERTÉ ET TERRITORIALISÉ DU PRS

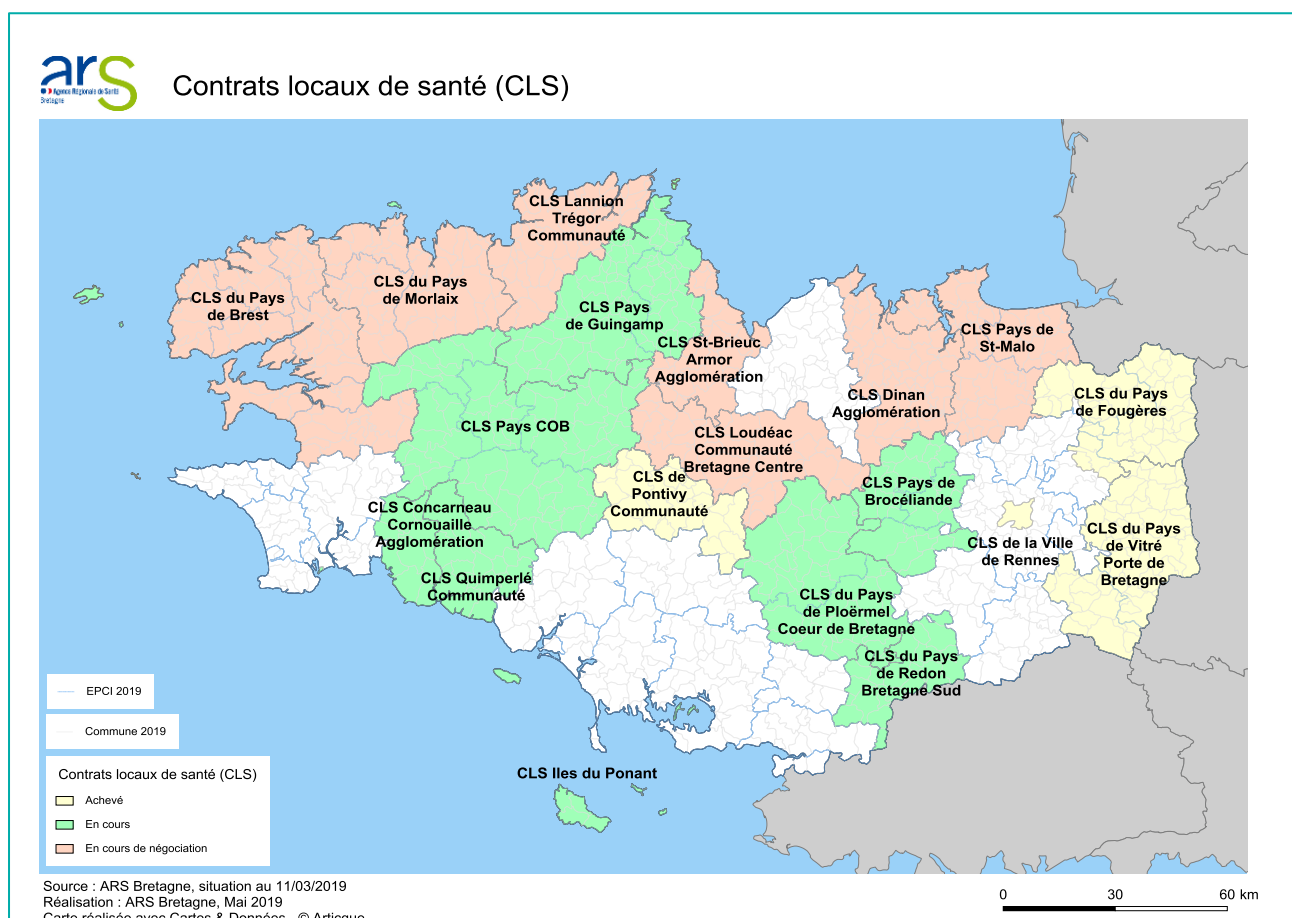
Le Contrat local de santé (CLS) du Pays de Ploërmel Cœur de Bretagne a été signé le 14 mars 2018 à Saint-Marcel par le Pays de Ploërmel Cœur de Bretagne, les communautés de commune de l'Oust à Brocéliande Communauté et Ploërmel Communauté, l'ARS Bretagne, le Conseil régional, la Préfecture du Morbihan, la Carsat, la MSA Portes de Bretagne, la Cpm du Morbihan et la Caf du Morbihan. Le diagnostic local de santé mené en 2016 et 2017, complété d'ateliers de concertation sur les thématiques « parcours santé jeunes », « santé des personnes handicapées » et « santé des personnes âgées », a permis d'identifier les enjeux prioritaires de santé sur ce territoire et d'élaborer un plan d'action articulé autour de deux axes : améliorer la qualité de vie des habitants du territoire et favoriser le parcours de santé des habitants du territoire.

La réalisation et l'écriture du contrat ont fait l'objet d'un soutien méthodologique et financier de l'ARS.

Dès 2018, deux actions ont été mises en œuvre en application du contrat, comme :

- Le développement de consultations psychologiques à domicile pour des personnes âgées fragilisées. Deux consultations collectives sont également proposées aux aidants ;
- L'accès facilité aux centres d'examen de santé pour les personnes ayant des difficultés de mobilité par la mutualisation de moyens de transport entre différentes structures du territoire.

Les actions se poursuivent en 2019 avec notamment la sensibilisation des élus et des acteurs de terrain aux impacts de l'environnement sur la santé au travers d'un diagnostic local santé environnement.



Le Chiffre

15,7 % de la population couverte par un CLS au 01/01/2019 (6,6% en 2017 ; 12,7% en 2018)

Les atteintes prématurées à la santé ont-elles diminué ?

Le Projet régional de santé 2018-2022 rappelle que l'état de santé global de la population est déterminé par une multitude de facteurs liés aux individus, aux milieux de vie ou encore aux systèmes sociaux. Il fait également le constat que, de ce fait, les inégalités sociales, territoriales ou encore environnementales impactent directement l'état de santé des individus. La diminution des atteintes prématurées à la santé, comprises comme l'ensemble des facteurs individuels, sociaux et environnementaux à l'origine de dégradations évitables du capital santé d'un individu, passe dès lors par une action résolue de promotion de la santé, partout et pour tous, et de lutte contre les inégalités. Le PRS 2 pose quatre principes pour ce faire : l'action précoce, la participation des individus, l'universalité et la proportionnalité, l'intersectorialité.

Le PRS 2 ambitionne de mettre en place les conditions d'une prise en compte des déterminants de la santé dans l'ensemble des politiques publiques ainsi que dans la pratique des professionnels du système de santé. Plus spécifiquement, la forte prévalence des comportements addictifs et du suicide en Bretagne ont imposé, dans ce cadre du PRS 2, de travailler à l'organisation de la prévention, détection et prise en charge de ces troubles.

En 2018, l'ARS Bretagne s'est attachée à promouvoir l'approche des déterminants de la santé auprès des différents pouvoirs publics intervenant sur le territoire pour qu'ils l'intègrent à leurs politiques.

Dans le cadre du renouvellement de la doctrine d'accompagnement des contrats locaux de santé (CLS), parmi les 4 axes stratégiques reflétant les priorités du PRS 2 et devant figurer dans l'ensemble des CLS, figure désormais un axe 1 « Promotion de la santé ». Ainsi tout CLS doit comporter des actions de prévention et de promotion de la santé. De fait, les 7 CLS actuellement en négociation sur le territoire breton font la part belle à ces actions. En parallèle, l'ARS encourage et finance les diagnostics Santé Environnement pour que ces enjeux spécifiques soient bien pris en compte par les différentes parties prenantes aux CLS.

En 2018, il faut noter la négociation d'un partenariat avec le Rectorat, qui a été signé en mars 2019, visant à développer des programmes de renforcement des compétences psychosociales des enfants de maternelle et primaire en milieu scolaire et périscolaire ainsi que des actions spécifiques de prévention en faveur des élèves aux âges dits « charnières » et des lycées professionnels. L'ARS a également développé un « porter à connaissance » à destination des collectivités territoriales qui élaborent un SCOT ou un PLUI. Ce document présente les principaux enjeux de santé en matière d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Il propose des outils pour y répondre dans ces cadres spécifiques. En application du Plan régional de santé au travail (PRST) et du Projet régional Santé Environnement (PRSE), avec tous les acteurs de ces champs particuliers, l'ARS a poursuivi des actions visant à améliorer la qualité de l'environnement et la santé au travail.

L'année 2018 aura donc permis de renforcer la prise en compte des déterminants de la santé dans les politiques publiques, quelle que soit leur nature. Pour autant, des difficultés de pénétration et d'appropriation perdurent dans certains secteurs, notamment dans la santé au travail.

Le PRS fixe comme objectif d'intégrer plus fortement la prévention et la promotion de la santé dans la pratique des professionnels. En 2018, via un appel à projets, l'Agence a ainsi accompagné 9 projets portés par des professionnels de santé libéraux sur la nutrition, l'activité physique ou encore l'éducation thérapeutique du patient. Elle a également, avec ses partenaires, formé ou sensibilisé à l'importance de la qualité de l'air intérieur dans la prévention des pathologies respiratoires ou au repérage précoce du risque de perte d'autonomie. Tous ces projets permettent progressivement de modifier les pratiques des professionnels de proximité sur le territoire. Dans la même logique, la négociation des CPOM des établissements de santé intègre systématiquement les enjeux de prévention et de promotion de la santé, comme le repérage de la dénutrition, l'éducation thérapeutique du patient ou encore le développement de comportements favorables à la santé (lutte contre le tabac par exemple).

La mortalité évitable est élevée en Bretagne du fait d'une forte prévalence des conduites addictives (tabac et alcool en particulier) et du suicide. En application du PRS, l'ARS et ses partenaires ont travaillé en 2018 à la mise en place des conditions d'une meilleure prévention, détection et prise en charge de ces troubles particuliers.

L'année écoulée a été marquée par l'extension du dispositif Vigilans, qui a fait ses preuves dans le Finistère, à l'ensemble de la région. Ce projet vise la diminution des récurrences de tentative de suicide par le maintien d'un contact avec les suicidants. Il fait l'objet d'un focus dans le cadre de ce bilan 2018 du PRS. En parallèle, il convient de relever l'important travail d'élaboration des modalités de déploiement du nouveau dispositif national de formation à la prévention/gestion de la crise suicidaire. Ces outils doivent nous mettre collectivement en capacité de mieux prévenir et prendre en charge le phénomène suicidaire sur le territoire breton. Les années à venir nous permettront d'en évaluer les impacts quantitatifs.

Sur le champ des addictions, l'ARS s'est efforcée de structurer, accompagner et maximiser l'action des nombreux acteurs y intervenant. Elle a notamment négocié de nouveaux CPOM 2018-2022 avec deux acteurs importants de la prévention des conduites addictives que sont l'ANPAA et Liberté Couleur. L'Agence a construit les modalités de l'expérimentation d'un guichet unique visant à repérer et prendre en charge les hépatites C (et autres hépatopathies) dans 5 CSAPA volontaires. Un important travail de déclinaison du Plan national de lutte contre le tabac a aussi été mené en 2018 qui s'est traduit dans un Plan régional de lutte contre le tabac, un appel à projets sur le Fonds Tabac, la création d'un dispositif d'appui et la mise en place d'une gouvernance ad hoc. Sur ces quelques sujets, le déploiement des orientations du PRS a donc permis en 2018 de structurer des organisations mieux à même de lutter contre les conduites addictives particulièrement prégnantes en Bretagne.

LES FOCUS

LE DEPLOIEMENT DU DISPOSITIF VIGILANS A LA RÉGION DOIT PERMETTRE DE REDUIRE LES RECIDIVES SUICIDAIRES

VigilanS est un dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. Créé par le professeur Vaiva du CHU de Lille en 2014, ce dispositif de veille a pour objectif de maintenir un lien entre le système de soins et le patient ayant réalisé un geste suicidaire. Le patient est rappelé systématiquement six mois après sa sortie et, dans le cas où ce n'était pas le premier geste suicidaire, 10 à 20 jours après. Une carte ressource est remise au patient qui indique le N° vert de VigilanS joignable 24h/24. On constate une forte adhésion des patients à la procédure de suivi. Selon le bilan de l'expérience lilloise réalisé en 2017, le taux de récurrence suicidaire chute de 10% grâce au dispositif VigilanS.

L'expérimentation du dispositif a débuté dans le Finistère en 2016 sous l'impulsion du professeur Michel Walter et du docteur Sofian Berrouiguet du CHU de Brest, puis a été généralisée au reste de la Bretagne en 2018.

Les Chiffres

VigilanS Bretagne en 2018 :

- 110 nouveaux patients par mois
- 2 200 patients inclus dans la veille
- 15 centres inclus de manière régulière

En plus du suivi proposé aux patients, VigilanS Bretagne constitue un réseau régional qui regroupe et favorise les échanges entre des équipes hospitalières qui sont en contact direct avec des personnes ayant tenté à leurs jours.

Santé Publique France a réalisé une évaluation qualitative du dispositif en 2018. Elle en souligne les points forts (environnement familial, possibilité d'appeler directement la cellule, souplesse des rendez-vous, durée des entretiens non contrainte) et les points faibles (fragilité du contact, distance téléphonique qui peut être inquiétante, situation stressante face à un patient qui souhaite passer à l'acte). Elle sera complétée en 2020 d'une évaluation quantitative des taux de récurrence suicidaire.



Bulletin de Santé Publique France - Février 2019 – « Les conduites suicidaires en Bretagne »

- La Bretagne est la région la plus fortement touchée par le suicide : 24,7 suicides pour 100 000 habitants (de 10 ans et plus). Les plus forts taux sont dans les Côtes-d'Armor et le Morbihan.
- En 2017, 213 hospitalisations pour 100 000 habitants (de 10 ans et plus) ont été enregistrées .
- Une tendance à la baisse des taux de suicide et des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est observée en Bretagne comme au niveau national.
- Plus de 4 500 recours pour "geste suicidaire" ont été identifiés dans les structures d'urgences, soit une moyenne de 12 recours quotidiens.
- Une première estimation des récurrences indique qu'un peu plus d'une personne sur 10 réitérait son geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour geste suicidaire en 2017.
- Plusieurs interventions sont reconnues comme efficaces par la littérature : la restriction des moyens létaux, le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital après une hospitalisation pour tentative de suicide, les lignes d'appel, la formation des médecins généralistes, les programmes en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge, l'information du public.

UN LANCEMENT REUSSI DU SERVICE SANITAIRE EN BRETAGNE

Le service sanitaire pour les étudiants en médecine se déroule en trois étapes réparties selon une durée totale de six semaines : un temps de formation théorique et pratique, un temps d'intervention concrète auprès des publics prédéfinis et un temps d'évaluation de l'action.

UN comité régional pour la mise en œuvre et le pilotage du service sanitaire, co-porté par l'ARS Bretagne et le rectorat, a été installé en mai 2018.

Pour l'année scolaire 2018-2019, six filières de formation (infirmiers, médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique et kinésithérapie) ont participé, soit 1 942 étudiants. A terme, l'ensemble des étudiants en santé sera concerné. Les interventions, principalement réalisées en milieu scolaire, portaient sur les thématiques suivantes : addictions, alimentation et activité physique.

L'ARS Bretagne a missionné l'Ireps, via son CPOM, pour apporter une aide méthodologique aux instituts de formation et aux facultés. L'objectif est de les outiller pour concevoir un module de formation qui réponde aux principes du service sanitaire.

Les enjeux pour l'avenir sont d'élargir les terrains de stage aux établissements médico-sociaux, aux entreprises et aux centres sociaux et de développer l'interdisciplinarité (faire travailler ensemble des étudiants de santé de différentes filières pour réaliser des projets communs).

L'ARS S'EST APPUYÉE SUR UN GROUPE QUALITÉ DE MÉDECINS DE VILLE POUR DIFFUSER DES MESSAGES DE PREVENTION SUR LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

De nombreuses substances et agents sont présents dans nos environnements intérieurs, provenant d'émissions extérieures, de l'activité humaine, des matériaux de construction ou encore du mobilier. Nous passons en moyenne 70 à 90 % de notre temps dans des espaces clos (travail, enseignement, domicile, transport, ...). Les troubles de la santé potentiellement associés à une mauvaise qualité de l'air intérieur sont donc nombreux, notamment des pathologies du système respiratoire.

La formation des professionnels de santé aux enjeux de la qualité de l'air intérieur et leur intégration dans leurs pratiques professionnelles représentent donc un enjeu important, inscrit dans le plan régional santé environnement 2017-2021.

Pour améliorer la santé des personnes ayant une pathologie en lien avec une mauvaise qualité de l'air intérieur, les professionnels de santé doivent pouvoir identifier ces patients et leur proposer des conseils. L'association CAPT'AIR Bretagne, l'ARS et le laboratoire GSK ont développé un outil pour ce faire. Il s'agit d'un questionnaire que le patient est invité à remplir avant la consultation avec le médecin. En fonction des réponses cochées, une recommandation est proposée au médecin. Les médecins doivent également avoir connaissance des ressources qui existent sur leur territoire, notamment les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI). Ces professionnels de santé interviennent au domicile des patients asthmatiques ou allergiques sur prescription médicale et réalisent un audit de leur environnement intérieur.

En 2018, le groupe qualité des médecins généralistes libéraux de Rennes Sud a travaillé sur le thème de la qualité de l'air intérieur. Les médecins ont été sensibilisés aux enjeux de la qualité de l'air intérieur. L'outil de repérage et de diagnostic ainsi que le rôle du CMEI leur ont été présentés. L'évaluation de l'intervention est positive : 100 % des répondants au questionnaire d'évaluation envisagent une utilisation des apports de la réunion dans le cadre de leurs pratiques professionnelles, 89 % envisagent d'utiliser les outils présentés et 100 % envisagent d'orienter certains de leurs patients vers un CMEI.

En 2019, compte tenu de ces bons résultats, il est prévu d'étendre le projet à d'autres groupes qualité.

L'offre de soins est-elle plus accessible sur les territoires ?

Le Projet Régional de Santé doit contribuer à la construction d'une réponse territoriale accessible à chacun. Il s'agit pour cela de conforter une démographie médicale et paramédicale en profonde transformation tant en ce qui concerne la stagnation du nombre de professionnels, leur répartition territoriale hétérogène ou l'évolution de leurs pratiques. Il s'agit aussi de poursuivre la transformation de l'offre médico-sociale pour diversifier les modes de prise en charge, développer l'offre de services afin de permettre une multiplicité de solutions constituant autant de possibilités de maintien à domicile et de développer les alternatives à l'hospitalisation complète pour réduire la durée des séjours hospitaliers tout en assurant un retour à domicile précoce et de qualité. Il s'agit enfin de faciliter l'accès aux soins des publics les plus vulnérables en faisant évoluer l'offre de dispositifs spécifiques pour mieux répondre aux besoins de ces publics et pour mieux l'articuler avec le système de santé de droit commun. Le PRS rappelle par ailleurs, l'importance d'assurer à la population un accès satisfaisant à des soins non programmés au niveau de chaque territoire.

L'accès aux soins sur les territoires est conditionné par la démographie et la répartition des professionnels de santé. En 2018, le zonage de trois professions (médecins, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes) a été revu. Les contrats permettant d'attribuer des aides à l'installation et au maintien des professionnels dans les territoires en difficultés ont été publiés. Plus largement, le déploiement des mesures contribuant à une meilleure répartition des professionnels de santé s'est poursuivi :

- 95 médecins (dont 18 installés) et 47 chirurgiens-dentistes (dont 3 installés) ont signé un contrat d'engagement des services publics (CESP) ; le développement de la maîtrise de stage a continué ;
- L'appel à projets (AAP) créant des postes d'assistants spécialistes partagés entre établissements de santé afin de faire face aux perspectives démographiques défavorables dans certains établissements a été renouvelé ;
- Un nouvel AAP pour des postes d'assistants spécialistes partagés ville/hôpital cette fois-ci a été lancé. Il s'agit d'encourager les collaborations entre structures ambulatoires et établissements de santé sur des territoires en difficulté (7 sont financés par le niveau national, 3 supplémentaires financés par l'enveloppe régionale) ;
- Ont été déployées différentes aides au maintien à l'installation (PTMG 75 contrats signés dont 29 en cours ; contrats assurance maladie).

Une formation d'Infirmier en Pratique Avancée a été lancée sur Brest et Rennes (33 étudiants) qui contribuera à renforcer les capacités de prise en charge des infirmiers, à développer la coordination médecin/infirmier et à diminuer la tension sur la démographie médicale.

La stratégie quinquennale (2017-2021) porte la transformation de l'offre médico-sociale le champ du handicap. Il s'agit de soutenir le virage inclusif en incitant les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap à faire évoluer leurs prestations vers de nouvelles solutions de prises en charge souples et modulaires permettant une vie en milieu ordinaire (*maintien à domicile, inclusion scolaire, professionnelle et sociale*). Un Appel à manifestation d'intérêt (AMI) a été lancé en 2018 auprès des gestionnaires d'établissements pour faire émerger des projets innovants. 108 dossiers ont été déposés et instruits permettant de prioriser un ensemble de projets à l'échelle territoriale.

Des créations de places sont également prévues pour les enfants (SESSAD, ITEP, ...) et les adultes (SAMSAH,...), en concertation avec les conseils départementaux. Un programme de création de 232 places a été défini sur 5 ans.

L'ARS a poursuivi son soutien au virage ambulatoire. Si l'augmentation du taux régional de chirurgie ambulatoire se poursuit de manière assez comparable avec le territoire national, l'hospitalisation à domicile augmente sensiblement plus vite. A l'inverse, l'hospitalisation de jour peine

à se développer (34 % des séjours de médecine sont pris en charge en ambulatoire). En Bretagne, comme à l'échelle nationale, la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements sanitaires a permis de renforcer les ambitions en matière de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation à domicile et d'hospitalisation de jour.

Les huit Groupements hospitaliers de territoire (GHT), outil d'organisation de la gradation des soins, poursuivent la mise en œuvre de leur Projet médical partagé (PMP) et la recherche de coordination sur la structuration et leur coopération s'est renforcée en 2018 par la mise en place d'un comité régional stratégique. Les contrats hospitaliers de territoire viennent en appui de l'organisation des GHT et de la déclinaison opérationnelle de leurs projets médicaux (structuration des filières de soins, postes partagés, mutualisation de fonctions supports, ...). Si trois contrats ont été signés depuis 2012, deux autres ont été conclus en 2018 et trois sont en cours de finalisation.

S'agissant des dispositifs d'accès à la santé des publics fragiles, en 2018, un état des lieux, par territoire, des dispositifs passerelles a été mené afin de définir un cadre commun d'actions aux nombreux acteurs. La structuration des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) a donné lieu à l'élaboration d'un cahier des charges des PASS référentes. L'offre spécialisée au service des personnes les plus démunies a été renforcée par une allocation financière complémentaire aux sept Equipes mobiles psychiatrie/précarité (EMPP) existants afin de conforter leur action. Quant à l'accès au système de santé de droit commun, il a donné lieu à l'adossement d'une offre complémentaire de consultations médicales à deux points santé, à la formalisation d'un objectif sur l'accès aux soins hospitaliers dans le CPOM des établissements ou encore à la rédaction d'une étude sur l'accès aux soins des femmes en situation de précarité. D'autre part, l'accès aux soins des personnes migrantes a continué sa structuration autour du dispositif Datasam et une consultation dédiée supplémentaire a été créée.

L'amélioration de l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes s'est poursuivie par l'installation des trois nouveaux médecins correspondants SAMU dans le Morbihan. Quelques territoires restent à couvrir. La réponse ambulancière à l'urgence a été marquée par la mise en place des coordonnateurs ambulanciers au sein des SAMU centre 15 pour mieux réguler le mode de transport adapté à l'état d'un patient en demande de soins urgents. L'organisation de la permanence des soins ambulatoires a été confortée par un nouveau cahier des charges régional. La réponse à la demande des soins non programmés non urgents lorsque les cabinets médicaux sont fermés s'inscrit sur la totalité des horaires diurnes et nocturnes. Dorénavant, l'organisation des gardes des médecins est complétée par celles des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens. Ce sont au total 1 500 médecins généralistes, 1 400 chirurgiens-dentistes et plus de 1 000 pharmacies qui participent aux dispositifs de garde. Un travail complémentaire visera à conforter et développer les maisons médicales de garde. L'ensemble de ces dispositifs doit contribuer à mieux gérer les tensions qui perdurent dans le système global de réponse aux urgences ressenties par la population.

LES FOCUS

LA DYNAMIQUE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE S'INTENSIFIE

59 % des séjours d'hospitalisation à domicile (HAD) sont initiés au décours d'une hospitalisation. Les CPOM des établissements sanitaires ont donc été ciblés comme levier de développement de l'HAD. Chaque établissement de la région s'est vu fixer un nombre de séjours cible à adresser en HAD. 18,6 % des patients hospitalisés en HAD sont des résidents d'EHPAD (soit 8 points de plus qu'au niveau national). Dès lors, comme pour le secteur sanitaire, un objectif HAD a été posé à chaque établissement médico-social.

Plus spécifiquement, le très faible recours à l'HAD sur le Pays de Redon (8 patients par jour pour 100 000 habitants) a conduit à une modification des autorisations en confiant la responsabilité de ce territoire à l'HAD du centre hospitalier de Ploërmel, plus proche géographiquement des patients. La lente progression de l'activité HAD sur le territoire de Haute-Bretagne, au regard des évolutions régionales et nationales, ont conduit l'ARS à financer un audit de l'HAD 35 qui a permis d'identifier des freins et leviers à son développement.

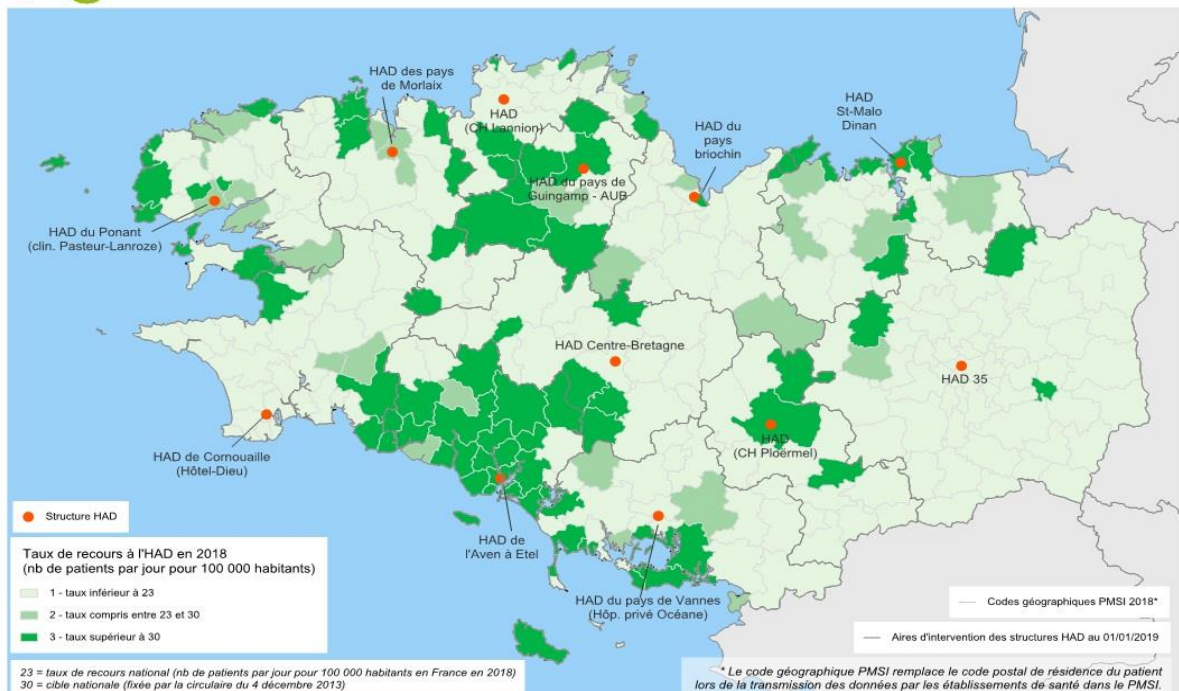
De nouveaux champs sont explorés pour développer l'HAD. Ainsi, l'HAD 35 et le pôle Saint-Hélier de Rennes, qui ont expérimenté cette modalité pour des prises en charge SSR à domicile en 2017, ont déployé définitivement le dispositif en 2018 avec une file active de plus de 10 patients par jour.

Le Chiffre

Le taux de recours à l'HAD en Bretagne s'établit à 22,4 patients par jour pour 100 000 habitants en 2018 (en 2016, 18,5 et en 2017, 20,2).



Hospitalisation à domicile (HAD) : Structures et recours de la population en 2018



Source : ATIH - Insee - Ars Bretagne
Réalisation : ARS Bretagne, Mai 2019
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

TROIS MÉDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU ONT ÉTÉ INSTALLÉS DANS LA ZONE DE PENESTIN

L'accès aux soins d'urgence en moins de trente minutes constitue un engagement national. Afin de le concrétiser en région, l'ARS Bretagne a lancé le dispositif « médecin correspondant SAMU » (MCS). Il repose sur la mobilisation d'un médecin, formé à l'urgence, qui intervient en amont du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes. L'intervention du MCS est déclenchée de manière concomitante et simultanée à l'envoi d'un SMUR. Le MCS prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR en lien continu et permanent avec le SAMU qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient. L'action rapide du MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Elle réduit les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge de proximité et de qualité.

Les zones d'intervention des MCS sont déterminées par l'ARS Bretagne en lien avec le SAMU Centre 15 et les professionnels à partir du diagnostic des territoires et des populations situées à plus de trente minutes d'accès de soins urgents. La population située à plus de 30 minutes d'accès aux soins urgents se répartit sur 53 communes classées en sept zones géographiques sur lesquelles exercent vingt-neuf médecins généralistes.

Le Chiffre

2,2 % de la population bretonne reste située à plus de 30 minutes d'un soin urgent mais avec un temps d'accès moyen de 32,7 minutes.

Le dispositif médecin correspondant SAMU repose en Bretagne sur le volontariat de 14 médecins généralistes exerçant sur les 11 îles bretonnes et depuis 2018, sur une zone blanche du continent dans le Morbihan près de Penestin.

L'OFFRE DE STAGES EN AMBULATOIRE AU COURS DU 3ÈME CYCLE DES ETUDES MÉDICALES A ÉTÉ RENFORCÉE

Les actions, pour développer l'accueil en stage d'étudiants et internes de médecine générale en exercice ambulatoire libéral, sont décidées et coordonnées dans le cadre d'une convention régionale associant vingt partenaires (les deux facultés de médecines, les deux départements de médecine générale, les représentants des internes, les ordres professionnels, l'URPS médecins, l'Assurance maladie,...). Les actions mises en oeuvre sont les suivantes :

- Mise en place de l'indemnité de 200 € pour les internes réalisant leurs stages dans les zones éloignées et ne disposant pas d'hébergement ;
- Recensement des conditions d'hébergement dans les communes en situation fragile démographiquement et information des facultés ;
- Réalisation d'une plaquette destinée à promouvoir la maîtrise de stage en médecine générale sur le territoire breton, commune entre les facultés de médecine de Brest et de Rennes ;
- Incitation des médecins généralistes à devenir maître de stage dans le cadre de l'accompagnement des équipes de soins primaires à l'élaboration d'un projet de santé pluri-professionnel (informations sur la formation, remise de la plaquette avec les contacts, objectif formalisé dans le projet de santé, valorisé dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel).

Grâce à ces actions, Le nombre de maîtres de stage en médecine générale est passé de 451 en 2012 à 814 en 2018 (269 à Brest et 575 à Rennes).

LA POURSUITE DU DEVELOPPEMENT DU DATASAM PERMET D'AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS

Depuis 2014, une coordination régionale du parcours de santé des personnes migrantes a été mise en place grâce au Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants (Datasam) financé par l'ARS. Le Datasam a un rôle d'appui aux professionnels de santé et du social pour faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes primo-arrivantes. Les missions dévolues au Datasam sont définies précisément : création et diffusion d'outils, organisation de formation en région, développement du réseau de partenaires, développement de l'interprétariat professionnel.

En 2018, le dispositif a poursuivi le développement et l'animation du réseau de partenaires sur la région Bretagne. Plusieurs éléments majeurs sont à retenir :

- la mise en place d'un temps de médecin coordinateur sur Quimper (0,1 ETP). L'équipe opérationnelle du Datasam compte à présent 3,35 équivalents temps plein et repose sur six médecins coordinateurs, une coordinatrice, une chargée de mission et une secrétaire ;
- l'appui pour structurer une offre de consultations de médecine générale de premier accueil à destination des personnes migrantes primo-arrivantes sur le secteur de Vannes. Dans ce cadre, un partenariat s'est renforcé entre un groupe de médecins généralistes libéraux du territoire, le Centre hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA), l'Amisep et le Réseau Louis Guilloux ;
- la 7ème journée régionale « Santé et migration » en juin à Rennes qui a accueilli 315 participants.
- la mise en place de consultations dédiées (voir ci-après).



Les consultations dédiées à Vannes

Suite aux difficultés récurrentes de prise en charge constatées des migrants primo-arrivants sur le territoire de Vannes, une réflexion a été engagée avec les partenaires locaux sur l'opportunité d'une consultation médicale dédiée à ce public. La motivation est de fluidifier le parcours de soins de ces personnes.

Ainsi, en 2018, a été mise en place une offre de consultation dédiée, centralisée, lisible et accessible ayant pour objectif de permettre une évaluation systématique et structurée de l'état de santé des migrants primo-arrivants.

La consultation est portée par quatre médecins libéraux au sein de la maison médicale de garde sur deux demi-journées par semaine. Les adresseurs transmettent par mail une fiche de demande à l'Amisep qui assure le secrétariat. La consultation se fait grâce à l'interprétariat professionnel par téléphone via le Réseau Louis Guilloux (ou ISM interprétariat exceptionnellement).

La consultation est organisée sur deux temps : une première consultation de bilan d'une heure environ ; une seconde consultation de remise de résultats d'environ 30 minutes. En suite la personne est orientée vers le droit commun.

Les parcours de santé des usagers ont-ils gagné en qualité ?

Le Projet Régional de Santé a pour objectif de mieux organiser le parcours de santé des personnes. Face à l'augmentation des maladies chroniques, des états de vulnérabilités liés à l'âge, au handicap, aux difficultés sociales, il s'agit de mieux coordonner les soins et les accompagnements médico-sociaux et sociaux. Dans ce cadre, un des enjeux importants du PRS réside dans l'évolution de l'organisation des professionnels de santé pour améliorer la réponse de proximité. Le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en soins primaires constitue à cet égard un moyen d'améliorer l'accès aux soins, d'optimiser les parcours de santé de la population en facilitant les coopérations avec les autres acteurs du système de santé. Le PRS incite tout particulièrement au déploiement, sur l'ensemble des territoires, des fonctions d'appui à la coordination des parcours de santé complexes par l'intermédiaire des Plateformes territoriales d'appui (PTA) au service de professionnels de premiers recours. Il s'agit également de rapprocher les dispositifs de coordinations territoriaux (PTA, MAIA, réseaux...) afin de rendre plus lisible, et donc plus efficace, l'organisation des parcours de santé et de vie.

Le développement de structures d'exercice coordonné vise à répondre à la problématique de la démographie des professionnels de santé et à améliorer la prise en charge des patients. En 2018, la politique d'accompagnement à la création des Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) s'est adaptée afin de soutenir les projets des professionnels sur l'ensemble du territoire régional et non plus sur les seuls territoires prioritaires, d'élargir l'accompagnement proposé aux Equipes de soins primaires (ESP) en cours de constitution et de mieux financer la phase d'élaboration du projet de santé afin de faciliter sa mise en œuvre opérationnelle. D'autre part, la réflexion a débuté sur la définition des modalités d'accompagnement des projets de centres de santé qui constituent une autre forme d'exercice coopératif des professionnels en développement sur les territoires. Des travaux préparatoires pour accompagner les projets de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont donné lieu à la rédaction d'un guide méthodologique en partenariat avec les URPS. Les premiers projets émergent sur les territoires. En Bretagne, la majorité des protocoles de coopération concerne les soins visuels, à savoir la répartition des compétences exercées entre l'ophtalmologiste et l'orthoptiste. Un groupe de travail régional a été mis en place pour accompagner les professionnels dans la formalisation de nouveaux protocoles et dans la promotion de ceux existants.

La dynamique de création des MSP s'est poursuivie (36 en 2012, 90 en 2017, 98 en 2018). Aujourd'hui, 33 adhèrent à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui garantit des financements en contrepartie du respect d'objectifs en matière de coordination et de continuité des soins. Ce constat met en évidence une marge de progression pour inciter les MSP à adhérer.

Afin d'assurer dans la durée la prise en charge des patients nécessitant des soins continus impliquant l'intervention de plusieurs acteurs sanitaires et sociaux, des fonctions d'appui à ces parcours complexes se développent. Ainsi, dix plateformes territoriales d'appui (PTA) sont opérationnelles dont sept nouvelles en 2018 permettant une couverture de 87 % de la population régionale. D'autre part, le déploiement progressif de 20 MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) permet dorénavant la couverture de l'ensemble de la région avec une population cible desservie en évolution (12 pour personnes âgées, 6 pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, 2 tous publics).

Pour simplifier l'accès à ces services, un rapprochement reposant sur l'adhésion des acteurs concernés est organisé entre ces dispositifs de coordination territoriaux. La fusion des réseaux de santé thématique pour créer des PTA a illustré une première étape, ce processus est quasiment achevé. La convergence des PTA et des MAIA est en cours et s'opère sur cinq niveaux :

- ➔ Organisationnel : 6 associations portent les missions PTA/MAIA,

- Système d'information : déploiement d'un logiciel parcours commun aux PTA/MAIA (22 utilisateurs),
- Financier : un contrat unique signé avec les associations porteuses des missions PTA/MAIA,
- Ressources humaines : un accompagnement des acteurs au changement (formation),
- Stratégique : élargissement des instances départementales MAIA aux porteurs de PTA.

Ces nouvelles organisations nécessitent des coopérations institutionnelles renforcées sur les territoires, en particulier avec les Conseils Départementaux, et un suivi d'activité régulier qui rende compte du service rendu aux professionnels et à la population.

LES FOCUS

L'ACOMPAGNEMENT PAR L'ARS DE LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE DE HANVEC

Deux médecins généralistes rejoints par trois infirmières libérales sont à l'origine du projet de la maison de santé pluri-professionnelle (MSP) de Hanvec. L'ARS a accompagné ces professionnels de santé dans l'élaboration de leur projet de santé en finançant un temps de consultant et en indemnisant les professionnels du temps investi dans le projet. Fin 2017, l'ARS a validé le projet de santé dont les points clés sont les suivants :

- La continuité des soins assurée de 9h à 19h tous les jours de la semaine et le samedi matin de 9h à 12h ;
- Deux thématiques prioritaires retenues pour faire l'objet d'un protocole pluri-professionnel (prise en charge d'un patient en perte d'autonomie au domicile, prise en charge d'un patient sous AVK) ;
- Des réunions de concertation pluri-professionnelles mensuelles et des formations pluri-professionnelles sont envisagées ;
- Un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé ;
- Une messagerie sécurisée ;
- Un projet immobilier monosite porté par la commune de Hanvec ;

Début 2018, les professionnels de santé ont bénéficié d'une seconde phase d'accompagnement de la part de l'ARS pour répondre aux objectifs de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et pérenniser ainsi le fonctionnement de la MSP. La MSP a également bénéficié d'un soutien financier pour déployer un système d'information partagé. Fin 2018, la MSP de Hanvec a bien adhéré à l'ACI.

LE GUIDE RÉGIONAL D'AIDE À LA CONSTITUTION DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

Les CPTS font partie des dix mesures phares de la stratégie de transformation du système de santé dans le plan « Ma santé 2022 ». A l'initiative des professionnels de santé libéraux, une CPTS organise, à l'échelle d'un territoire, les liens entre acteurs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux, pour mieux répondre aux besoins de santé et améliorer les prises en charge de la population. C'est également une opportunité pour les professionnels de santé de renforcer leur travail en commun, d'améliorer leurs conditions d'exercice, de renforcer leurs coopérations et de favoriser l'attractivité du territoire.

En Bretagne, afin d'encourager les dynamiques d'acteurs, les Unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS) et l'ARS, ont élaboré conjointement une politique régionale de déploiement des CPTS et d'accompagnement des professionnels de santé, explicitée dans le guide régional « L'essentiel de la Communauté professionnelle territoriale de santé », paru en novembre 2018.

Pour faciliter l'émergence des projets, un accompagnement se fera sur le terrain avec des pairs professionnels issus des URPS en lien avec l'ARS. Après cette phase de fédération des acteurs et de clarification des principaux objectifs poursuivis, l'ARS prévoit le financement du temps de coordination nécessaire à la réflexion et à l'évolution de l'organisation professionnelle existante et l'indemnisation des professionnels de santé libéraux qui y participeront.

Les Chiffres

Au 1^{er} janvier

2019 :

- 103 structures d'exercice coordonné
- 38 % des MSP ont un SI partagé
- +18 % de MSP ont intégré l'ACI dans l'année

EN 2018, L'ARS A ACCOMPAGNÉ 6 PROJETS DE FUSION PTA/MAIA

En 2018, l'ARS Bretagne a mis en œuvre différentes actions pour favoriser la convergence des dispositifs :

- Incitation à faire travailler ensemble les équipes PTA et MAIA, dans le cadre du déploiement du SI Parcours GWALENN et de la démarche d'accompagnement des MAIA;
- Utilisation des dialogues de gestion avec les MAIA pour encourager la fusion avec les associations porteuses de PTA, ce qui a été accepté sur de nombreux sites ;
- Lancement de concertations avec les Conseils départementaux (CD) pour déterminer leur adhésion à cette approche unificatrice. En ce domaine, c'est la concertation avec le CD 56 qui a été poussée le plus loin puisqu'un accord cadre en cours de finalisation prévoit le portage partagé de PTA MAIA et CLIC à Vannes et Lorient ;

La convergence peut prendre plusieurs formes plus ou moins poussées selon les sites : regroupement de locaux, logistique commune, articulation des procédures d'évaluation et d'accompagnement, outils communs (ex : grille de demande d'appui), participation conjointe ou déléguée aux instances locales, création au sein de l'équipe de pôles mixtes (unité fonctionnelle liée à une partie du territoire regroupant coordinatrices d'appui PTA et gestionnaires de cas MAIA) voire démarche de formation pour uniformiser les compétences et permettre à certains salariés d'assurer l'un ou l'autre des types d'intervention ;

Un travail de modélisation et d'harmonisation des organisations est maintenant à mener en concertation avec les porteurs.



Le déploiement du système d'information GWALENN

Accompagné par l'ARS, avec l'appui du GCS e-Santé, GWALENN est né à l'initiative des dispositifs d'appui et de coordination (réseaux de santé, plateformes territoriales d'appui, MAIA, pôles de santé libéraux et ambulatoire) de la région Bretagne. Leur volonté de converger vers l'utilisation d'un outil numérique partagé visait à optimiser la coordination des parcours.

L'objectif de cet outil numérique est de faciliter le partage d'informations et la communication dématérialisée entre les intervenants dans le cadre du parcours de la personne.

L'inscription volontariste de la Bretagne dans le programme national "E-parcours" dès 2018 va permettre d'accompagner la généralisation des services numériques en région dont GWALENN représente un service socle.

Au 1er janvier 2019, 22 dispositifs d'appui et de coordination utilisent GWALENN au sein de leurs structures. Dans le cadre de leur activité, 1 015 dossiers et 11 710 fiches de suivies ont été créés.

La qualité et l'efficacité des soins et accompagnements sont-elles renforcées ?

La qualité et la sécurité des soins et des accompagnements, et plus largement du système de santé, constitue désormais un axe majeur du PRS 2, en réponse aux exigences accrues et légitimes en la matière des citoyens et professionnels ainsi que des pouvoirs publics. L'enjeu principal est de mettre en œuvre les leviers permettant à la population d'accéder à des soins hospitaliers et ambulatoires et à des accompagnements de qualité, sécurisés, pertinents et adaptés à leurs besoins sur l'ensemble du territoire breton et ainsi de permettre une amélioration de la qualité de vie de l'utilisateur du système de santé. C'est bien cette vision globale de la qualité que promeut et porte le PRS 2.

En parallèle, l'exigence d'efficacité à l'égard du système de santé s'est aussi considérablement renforcée. Dans un contexte financier contraint, il s'agit de s'assurer que toute ressource allouée à notre système de santé est utilisée à bon escient.

Le PRS 2 ambitionne donc de mettre en place les conditions d'une acculturation toujours plus forte des acteurs du système de santé à cette vision globale de la qualité des soins et accompagnements et d'en améliorer ainsi l'efficacité, la sécurité et la pertinence. De même, il propose des orientations devant permettre de maximiser l'efficacité du système pour que chaque ressource investie bénéficie au maximum à ses usagers.

En 2018, de nombreuses actions, accompagnées ou portées par l'ARS et ses partenaires, ont permis de diffuser les enjeux de la qualité et de la sécurité des soins auprès des usagers comme des professionnels de santé. Dans le champ de la pertinence des soins, l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) a organisé une série de rencontres avec différents acteurs du territoire (Commissions médicales d'établissements, Conseils territoriaux de santé, CRSA, ...) ainsi qu'une journée régionale à destination des professionnels de santé qui fait l'objet d'un focus ci-après. Dans la même optique, l'Espace Ethique Régional de Bretagne (EREB) a organisé une série de conférences et de cafés-débats pour nourrir la réflexion éthique des professionnels de santé et des usagers. 2018 a aussi été l'année des Etats régionaux de la bioéthique. La Structure Régionale d'Appui à la Qualité et à la Sécurité des Soins (SRA QSS) a également participé à cette diffusion de la culture qualité au travers de groupes de travail et de formations. A cet égard, on peut mentionner l'animation d'une réflexion relative à l'implication des usagers dans les démarches qualité et sécurité des soins. L'acculturation des acteurs du système de santé à la qualité passe aussi par la mise en lumière d'expériences locales réussies. La semaine de la sécurité des patients 2018 a ainsi été l'occasion de valoriser des initiatives du Pôle Saint-Hélier à Rennes et de l'EPSM de Quimper. Toutes ces actions et bien d'autres construisent ainsi un environnement institutionnel favorable au développement d'une culture qualité forte.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins passe aussi par des accompagnements ciblés sur certaines thématiques et/ou opérateurs de soins sur le territoire. En 2018, l'ARS a désigné le GCS CAPPSS structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des soins. Cette structure déploie ainsi la politique qualité de l'agence auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux et, à terme, du secteur ambulatoire. La mission de la SRA fait l'objet d'un focus ci-après. L'agence travaille également avec l'Observatoire régional des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT) pour accompagner les établissements dans le bon usage du médicament (actions sur l'interruption de tâche ou sur l'iatrogénie par exemple) ou avec le Centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS), dont la convention avec l'ARS a été renouvelée en 2018. L'ARS cherche également à favoriser l'échange entre professionnels afin qu'ils analysent et améliorent collectivement leurs pratiques. A cet égard, l'agence finance notamment les groupes qualité des médecins libéraux sur le territoire. En 2018, on pouvait considérer qu'un tiers des médecins libéraux de la région participait à ces groupes. De la même manière, l'ARS, suite à un appel à projets lancé l'année dernière, accompagne des maisons de santé pluriprofessionnelles pour mener une démarche d'amélioration de la qualité des soins à partir du recueil et de l'analyse des EIAS (événements indésirables associés aux soins). Enfin, l'ARS, en partenariat avec l'Assurance Maladie, contractualise avec les établissements de santé sur l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. En 2018, 17 établissements ont signé avec l'ARS et l'Assurance Maladie pour améliorer la pertinence du recours au bilan pré interventionnel par leurs professionnels. Des outils de revue de pertinence ont été élaborés, notamment pour la pose de prothèse de hanche. Il faut toutefois noter la difficulté à faire pénétrer ces outils dans les communautés soignantes.

Le développement de la qualité passe aussi par des activités de vigilance et de contrôle. Les événements indésirables graves doivent être déclarés à l'ARS qui les analyse. Des mesures d'accompagnement peuvent ensuite être mises en place. L'organisation régionale de vigilance a été profondément remaniée en 2018 par la mise en place du Réseau régional des vigilances (RREVA) qui regroupe et coordonne tous les acteurs du champ (ARS, SRA, OMEDIT, CPIAS, CRPV, ...). Une revue des événements a désormais lieu toutes les semaines (RRSS). Les procédures de gestion des réclamations et des EIG/S ont été revues et réorganisées en 2018 afin d'améliorer notre réactivité et d'en tirer des enseignements qui doivent alimenter la politique qualité de l'agence. Enfin, on notera que l'agence a suivi les processus de certification et d'évaluation en région, a procédé à de nombreuses inspections sur site et a engagé divers travaux de préparation aux crises sanitaires.

Le PRS pose aussi une exigence d'efficience au système de santé. L'ARS a accompagné les acteurs locaux sur ce terrain. Elle a notamment déployé quatre plateformes de transports dont la mission est de centraliser les prescriptions et commandes aux sociétés de taxis, VSL ou ambulances. Elle a travaillé, avec l'appui de l'OMEDIT, à la maîtrise des dépenses médicamenteuses, notamment via la promotion des biosimilaires. Les établissements médico-sociaux ont été outillés pour le pilotage financier de leur structure grâce à la mise à disposition d'un tableau de bord de la performance. Les mutualisations de fonctions support ont été encouragées, notamment via les contrats hospitaliers de territoire (voir focus ci-après).

LES FOCUS

LE 12 DÉCEMBRE 2018, L'INSTANCE RÉGIONALE D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES SOINS (IRAPS) A ORGANISÉ SA PREMIÈRE JOURNÉE RÉGIONALE

La pertinence des soins est l'un des axes majeurs de la stratégie nationale de santé avec des enjeux de sécurité et de qualité des soins, de satisfaction du patient et financiers. L'ARS Bretagne l'a également inscrite dans le projet régional de santé (PRS). Un soin pertinent, c'est « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ». Des soins non pertinents peuvent faire courir des risques aux patients de manière injustifiée et engendrer des coûts supplémentaires pour la collectivité.

Le développement de la pertinence des soins impose aux acteurs du système de santé une démarche exigeante en termes d'analyse et d'adaptation de leurs pratiques, de performance des organisations et d'efficience collective. La première étape de ce développement passe par des efforts importants d'acculturation de ces acteurs et de diffusion des enjeux et méthodes de la pertinence. La mise en place de l'IRAPS et l'organisation de rencontres régionales y participent pleinement.

La journée du 12 décembre 2018 a réuni 154 professionnels et a été l'occasion de revenir sur les enjeux et la définition de la pertinence des soins, sa place dans la stratégie de transformation du système de santé et sur le rôle des acteurs nationaux et locaux.

La première partie de cette journée a été l'occasion de présenter et d'échanger sur la démarche entreprise au niveau régional par l'IRAPS et déclinée dans le Plan Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS). L'après-midi a été consacrée à la présentation d'expériences locales comme les travaux sur la pertinence du bilan biologique et de la radio pulmonaire en service de réanimation qu'avait menés le CHU de Brest.

LE CONTRAT HOSPITALIER DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE SUD BRETAGNE

Le 17 janvier 2018, les établissements publics de santé du groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Bretagne (groupe hospitalier Bretagne sud et Etablissement Public de Santé Mentale Charcot de Caudan) ont signé, avec l'ARS Bretagne, un contrat hospitalier de territoire. Ce contrat vise, entre autres, à structurer des mutualisations de moyens dans un souci d'efficience.

Ainsi, le contrat hospitalier du territoire finance des regroupements de moyens que ce soit du temps partagé médical ou de coordination des parcours, l'acquisition en commun d'outils comme des logiciels partagés ou la mutualisation de fonctions support au sein du GHT.

Sur ce dernier point, on peut noter que le CHT Sud Bretagne a permis de constituer une politique achat de territoire appuyée sur une cellule marché unique commune. La gestion de l'information médicale (DIM) est en voie de centralisation. De la même façon, des travaux ont été lancés pour aboutir à un système d'information unifié et harmonisé. On peut encore citer la création d'un institut unique de formation sur le territoire du GHT et la coordination des opérations logistiques de formation. Néanmoins, les plans de formation restent encore distincts à ce stade. Un objectif de certification commune a aussi été posé. Enfin, un service de santé au travail de territoire a été installé dans le GHT.

SUITE A L'APPEL A CANDIDATURES REGIONAL ORGANISE PAR L'ARS BRETAGNE, LE GCS CAPPS A ETE DESIGNE STRUCTURE REGIONALE D'APUUI A LA QUALITE ET A LA SECURITE DES SOINS

La mise en place de cette structure régionale d'appui (SRA), prévue par les textes, vise à renforcer la capacité d'accompagnement en région des acteurs locaux dans le développement de leurs politique de qualité et de sécurité des soins.

L'arrêté du 19 décembre 2017 fixant le cahier des charges des structures régionales d'appui à la qualité et sécurité des patients précise plus particulièrement qu'un CPOM prévoit les modalités de financement pour les missions réalisées à la demande de l'ARS et que la SRA rédige un programme prévisionnel de travail, validé par l'ARS, et un rapport au 31 mars de l'année suivante.

Quatre orientations stratégiques ont été fixées à la SRA en Bretagne :

- Développer la culture sécurité par l'aide à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables associés aux soins ;
- Accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS), quel que soit le secteur d'activité, et notamment en lien avec les dispositifs nationaux (certification HAS, évaluation externe/interne, indicateurs nationaux, ...) ;
- Fournir un appui au développement de la pertinence des soins, notamment en la promouvant et en facilitant son appropriation par les professionnels de santé, en lien avec l'IRAPS ;
- Fournir un appui au développement de la qualité de l'alimentation-nutrition.

Le GCS CAPPS, désigné SRA en 2018, est un groupement de coopération sanitaire pour la Coordination de l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé (CAPPS), créé en 2011 par des établissements bretons pour aider au développement des démarches qualité gestion des risques.

Les Chiffres

En 2018, 88

établissements ont été accompagnés sur la dynamique patients-partenaires de santé par la SRA QSS, c'est près de deux fois plus qu'en 2017.

La prévention et la prise en charge des situations de dépendance (perte d'autonomie liée à l'âge, à une situation de handicap ou une maladie chronique lourde) sont-elles améliorées ?

Le PRS 2 identifie les situations de dépendance, entendues largement comme les situations de perte d'autonomie liée à l'âge, au handicap ou à une maladie chronique, comme un enjeu majeur de la santé des bretons pour les années à venir. Malgré leur diversité, il définit des objectifs communs à toutes ces situations :

- la prévention et la détection précoce de la dépendance,
- l'amélioration de l'autonomie, en favorisant notamment le maintien à domicile, et de l'inclusion sociale de ces publics,
- la coordination des prises en charge, qui sont souvent longues, complexes et pluriprofessionnelles, au travers de l'élaboration de véritables parcours structurés,
- le soutien aux aidants.

Le PRS 2 ambitionne donc de mettre en place les conditions d'une meilleure prévention et prise en charge des situations de dépendance, en particulier au travers des quatre priorités organisationnelles suivantes : l'inclusion réelle dans la société, la coordination des accompagnements des personnes en situation de handicap, le maintien à domicile et le soutien aux aidants.

En 2018, l'ARS Bretagne a mené plusieurs actions visant à favoriser structurellement l'inclusion réelle des personnes en situation de dépendance, et en particulier de handicap, dans la société. Les difficultés d'accès de ces publics portent sur de multiples champs : des soins à l'éducation, aux loisirs ou encore à l'emploi. L'ARS s'attache donc à développer un panier multiple de services adaptés. L'an dernier, l'agence a par exemple sélectionné des opérateurs qu'elle accompagne dans la mise en place de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap. Pour mettre les personnes en capacité de faire leurs propres choix de santé, l'Agence encourage le développement de l'éducation thérapeutique du patient. En 2018, elle a par exemple sélectionné et financé 5 projets dans le champ ambulatoire. Un travail a été mené l'an passé avec l'Education Nationale pour favoriser la scolarisation en milieu ordinaire (externalisation d'unités d'enseignement spécialisé au sein des établissements scolaires, ouverture de places en SESSAD, ...). En 2018, l'Agence a accompagné les prestataires qu'elle avait sélectionnés pour déployer le dispositif « emploi accompagné ». Ce dernier comporte un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle en vue de permettre à ses bénéficiaires d'accéder et/ou de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché ordinaire de travail. Enfin, l'inclusion réelle dans la société des personnes en situation de handicap doit aussi englober les thématiques du quotidien et de l'intimité. Dans cette perspective, l'ARS a notamment soutenu l'inclusion de la question de la sexualité dans des groupes de soutien de patients porteurs d'hépatites chroniques et du VIH. Plus largement, c'est la transformation de l'offre médico-sociale, impulsée par l'ARS, qui doit, entre autres, porter et soutenir le virage inclusif, en amenant les établissements et services à faire évoluer leurs prestations vers de nouvelles solutions de prises en charge souples et modulaires, adaptées aux besoins spécifiques et aux souhaits des usagers et permettant une vie en milieu ordinaire. Dans ce cadre, un appel à manifestation d'intérêt (AMI) a été lancé en 2018 auprès des gestionnaires d'établissements accompagnant des personnes en situation de handicap pour faire émerger des solutions innovantes.

Au-delà de la stratégie de transformation de l'offre médico-sociale, l'ARS Bretagne a mené de nombreuses actions en 2018 visant à favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance. Des diagnostics territoriaux de l'offre d'hébergement temporaire ont été réalisés qui permettront de travailler des scénarios d'évolution et d'adaptation de cette offre. L'agence a aussi réalisé une étude régionale qualitative et prospective sur l'organisation et le fonctionnement des SSIAD (PA/PH), avec l'appui d'un prestataire.

L'expérimentation de 17 SPASAD s'est poursuivie en 2018. De manière à renforcer l'accompagnement des résidents en EHPAD et limiter les hospitalisations évitables, un AAC a été lancé fin 2018 pour la mise en place d'un premier niveau de soins la nuit via une astreinte infirmière mutualisée entre plusieurs EHPAD. Une convention régionale a été formalisée avec les acteurs de l'HAD, les fédérations d'aide et de soin à domicile et les URPS IDE pour favoriser l'articulation entre HAD et SSIAD. L'ARS a encouragé le développement d'équipes mobiles gériatriques (EMG) intervenant hors des établissements hospitaliers. On peut également citer dans le cadre du PMND (Plan de lutte contre les maladies neurodégénératives), le lancement d'un appel à candidatures pour 4 PASA (pôles de soin et d'activités adaptés, 1 UHR médico-sociale et la mise en place de 15 places d'ESA (équipe spécialisée Alzheimer) supplémentaires s'ajoutant aux 30 places préalablement notifiées ainsi que l'expérimentation sur la durée du PMND de temps de psychologues dans les SSIAD/SPASAD (avec quatre sites retenus en 2018 : un par département).

Sur le champ particulier du handicap, l'ARS a poursuivi en 2018 ses efforts pour améliorer la coordination des prises en charge. C'est d'abord la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous » qui permet une prise en charge individualisée, globale et de bout en bout de la personne en situation de handicap. Dans le Finistère, cela s'est matérialisé avec la signature d'un contrat départemental engageant tous les acteurs locaux (Conseil départemental, CPAM, ARS et Education Nationale) dans la démarche. 2018 a été l'année de la mise en place du dernier Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) de la région. Ces pôles pluridisciplinaires proposent des prestations diverses (accompagnement à domicile, suivi psychologique, soutien aux aidants, accueil temporaire, suivi orthophonique, appui aux professionnels ...) et sont un véritable outil de coordination des parcours des personnes en situation de handicap. On peut également noter le déploiement du SI Orientation qui permettra là aussi une meilleure coordination des prises en charge.

Enfin, s'agissant des aidants, l'ARS a soutenu et impulsé des actions locales : appel à projets auprès des plateformes de répit pour le développement d'une prestation expérimentale d'appui et d'accompagnement médicosocial pour les malades jeunes Alzheimer en complémentarité d'une prestation sanitaire coordonnée par l'association Neuro Bretagne ; mise en place, dans le cadre de PAERPA, d'une action de soutien psychologique aux aidants avec une dizaine d'aidants pris en charge à ce stade ; création de deux groupes d'entraide mutuelle à Ploërmel et Auray. Par ailleurs, une convention pluriannuelle entre l'ARS et l'UNAFAM a été élaborée pour appuyer le développement d'actions de soutien aux aidants de personnes présentant des troubles psychiques.

LES FOCUS

DANS LE CADRE DE LA STRUCTURATION DES FILIERES GERIATRIQUES, L'ARS A POSÉ LE CADRE DE FONCTIONNEMENT DES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE

Les équipes mobiles gériatriques (EMG), au nombre de 21 en Bretagne, constituent un maillon essentiel de la structuration des filières gériatriques de proximité et ont un rôle clé dans le parcours du patient hôpital/ville. Elles permettent de diminuer les passages aux urgences et les hospitalisations évitables. Dans le prolongement des travaux déjà menés dans le précédent PRS (rapport d'activité type et charte de fonctionnement), l'ARS a élaboré, en 2018, un cadre d'intervention partagé en s'appuyant sur les recommandations du groupe de travail régional « filières gériatriques » qui réunit des acteurs des champs hospitalier, médico-social, social et ambulatoire.

Ce cadre d'intervention précise les modalités des interventions en intra hospitalier et également en extrahospitalier, ces dernières étant aujourd'hui peu déployées en Bretagne. Les interventions des EMG en extrahospitalier prennent la forme :

- en EHPAD, de formations gériatriques inter établissements, d'actes de télémédecine dans le cadre de projets mutualisés et d'interventions pour des résidents en situation dite complexe ;
- à domicile, d'interventions auprès des personnes âgées pour lesquelles un maintien à domicile est encore envisageable et pour lesquelles une consultation ou une hospitalisation de jour n'ont pas pu être mises en œuvre ou être résolues par l'offre de proximité existante (équipes médicosociales du Conseil départemental, équipes de soins primaires,...).

Le Chiffre

En 2018, les interventions en EHPAD et à domicile ne représentaient qu'1 % des interventions totales des équipes mobiles de gériatrie en Bretagne.

C'est sur la base de ce cadre d'intervention partagé qu'un appel à candidatures a été lancé en 2019 par l'ARS Bretagne auprès des 21 EMG bretonnes, pour expérimenter, avec deux d'entre elles, des interventions de ces équipes dans des EHPAD et au domicile des personnes âgées . Il s'inscrit dans le cadre du renforcement des moyens des EMG annoncé en mai 2018 par Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé en faveur de l'élargissement du périmètre d'intervention des EMG hors les murs de l'hôpital.

LE SOUTIEN A L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN AMBULATOIRE EN 2018

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) aide les personnes atteintes de maladies chroniques à comprendre leur maladie, leur traitement et à mieux interagir avec les professionnels de santé pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

En Bretagne, l'ETP se structure autour de trois niveaux : le niveau de proximité dont l'objectif est de proposer des actions d'ETP organisées au sein d'une équipe coordonnée pluriprofessionnelle, le niveau des territoires articulé autour de trois plateformes d'ETP avec pour objectifs l'identification des besoins, l'orientation des professionnels de santé vers les programmes existants, l'accompagnement des porteurs de programme et l'harmonisation des programmes et le niveau régional avec le pôle régional de ressources en ETP, lieu de ressources et d'échanges ouvert à l'ensemble des professionnels investis en matière d'ETP.

Un appel à projets « ETP en proximité portée par des équipes de soins primaires en mode exercice coordonné » a été lancé par l'ARS en 2018 pour poursuivre le développement de l'ETP en ambulatoire. Il s'agissait de développer :

- L'ETP intégrée aux soins de premiers recours
- Sous deux modalités : programme ETP ou action éducative ciblée personnalisée
- Sur des problématiques fréquentes de la médecine de ville correspondant aux besoins éducatifs communs à un grand nombre de maladies chroniques (nutrition, activité physique, tabac, vivre avec la maladie au quotidien) mobilisant du temps et des compétences éducatives.

Cinq dossiers portés par quatre structures ont été retenus .

Les Chiffres

En 2018 :

- 130 patients ont bénéficié d'actions et/ou de programmes ETP dans le champ des maladies neurodégénératives
- 6 228 patients ont bénéficié d'un programme ETP portant sur les maladies cardio-neuro-vasculaires

Zoôm

Pôle de santé de Groix

Le pôle de santé de Groix, accompagné par la plateforme d'ETP Lorient-Quimperlé, a été retenu dans le cadre de l'appel à projets lancé par l'ARS Bretagne.

Le programme d'ETP déployé s'intitule « Au cœur de ma santé » et concerne les maladies cardio-vasculaires. Ce programme porté par le réseau Codiab Kalon'IC (déjà) été expérimenté dans d'autres MSP notamment à Kervignac. De ce fait, une dynamique de partenariat inter-pôle s'est créée et Kervignac a pu proposer un tutorat à l'équipe de Groix pour les accompagner dans la réalisation de séances collectives d'ETP.

En 2018, le programme d'ETP a pu se mettre en place avec une équipe pluri-professionnelle composée d'un médecin, une IDE, une orthophoniste, un pharmacien, et une APA.

Les séances collectives proposées par les professionnels portent sur les thèmes suivants :

- Manger équilibré et varié au quotidien
- Prendre soin de ses pieds
- Mieux vivre sa maladie au quotidien et soutenir sa motivation
- Optimiser son activité physique au quotidien
- Bien communiquer avec son professionnel de santé
- Comprendre et adhérer à son traitement
- Développer la confiance en soi et la prise de décision (partenariat avec Les Semeurs de santé)
- Le diabète un moment pour en parler

L'activité en éducation thérapeutique des professionnels est reconnue comme un élément fort dans le contrat local de santé des îles du Ponant.

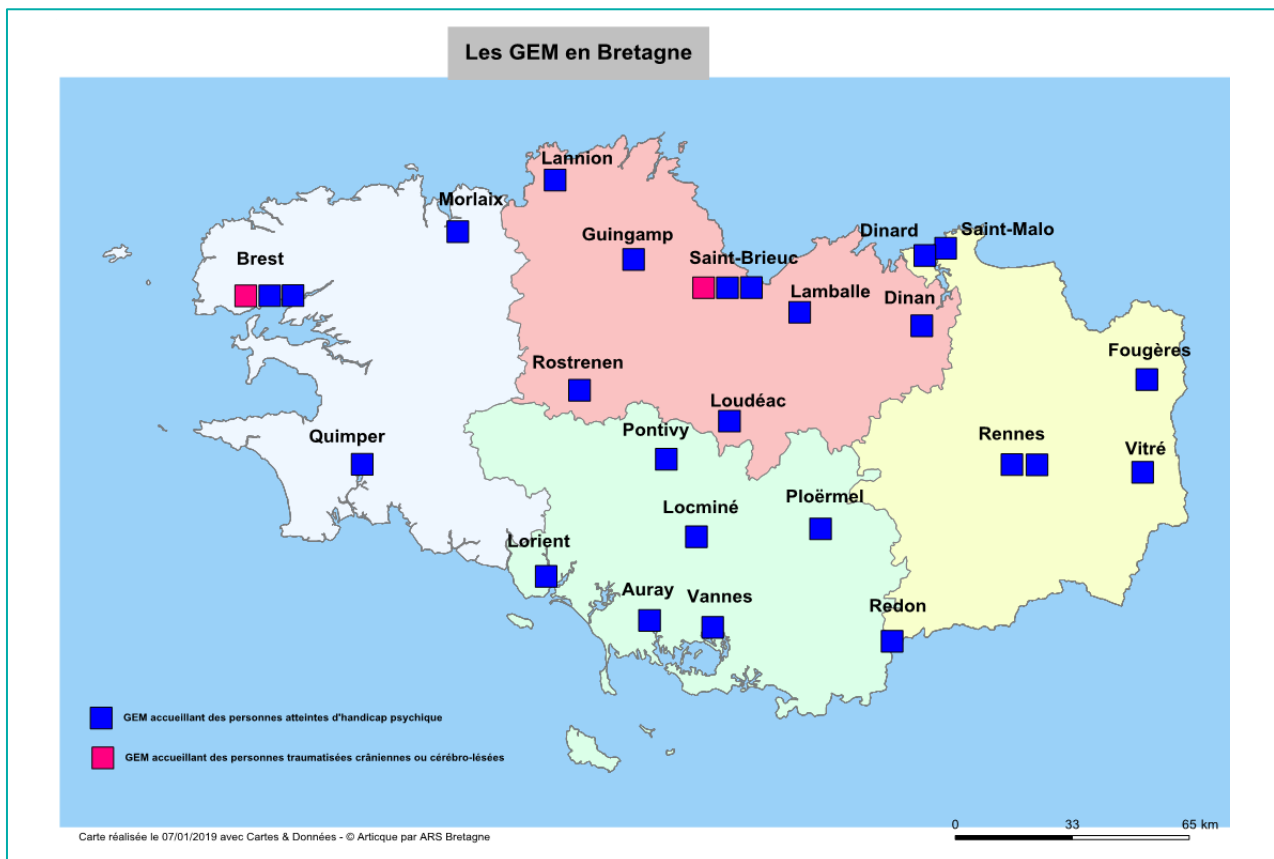
DEUX NOUVEAUX GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM) RECONNUS EN 2018

Le groupe d'entraide mutuelle (GEM) est un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité. Il est organisé sous forme associative et constitué entre personnes ayant des troubles de santé similaires. Les GEM reposent sur la philosophie de la pair aideance c'est-à-dire du soutien par les pairs qui rencontrent des difficultés similaires et sont donc à même d'apporter une écoute attentive et de partager des expériences autour des troubles et du parcours de chacun.

La stratégie quinquennale prévoit la création de 100 nouveaux GEM en France afin de soutenir et développer la pair aideance entre personnes présentant des troubles psychiques ou cérébro-lésés.

En 2018, l'ARS a donc organisé un appel à candidature pour la création de deux nouveaux GEM accueillant des personnes avec un handicap psychique. Ont été retenues l'association GEM la vie à Ploërmel et l'association Vous et Nous à Auray. Ces deux associations sont actives depuis 2013 et comptent chacune une cinquantaine d'adhérents.

A fin 2018, la Bretagne compte 27 GEM : 25 accueillant des personnes atteintes d'handicap psychique et 2 accueillant des personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées. La stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement, publiée en avril 2018, prévoit également la création d'un GEM autisme par département. Un groupe de travail a débuté au niveau national pour l'élaboration d'un cahier des charges spécifique, en vue du déploiement de cette mesure.



Des outils innovants ont-ils permis d'agir sur la qualité du système de santé ?

Le PRS 2 rappelle que le monde de la santé est entré dans une ère d'innovations scientifiques et technologiques radicales : télémédecine, IA, génomique, robotique ... Celles-ci modifient déjà en profondeur les pratiques des acteurs du système de santé. Elles peuvent également constituer des opportunités face aux défis actuels d'accessibilité, d'efficacité et de qualité du système. Ces mêmes défis justifient par ailleurs de rechercher et d'expérimenter des innovations organisationnelles (modes de prise en charge, répartition des tâches entre professionnels de santé, tarification, ...).

Le PRS 2 ambitionne de favoriser l'émergence et la diffusion, après évaluation, des innovations, qu'elles soient techniques ou organisationnelles, améliorant l'accès aux soins, leur qualité ou encore l'information et la compréhension du système de santé par les usagers.

En 2018, l'ARS et ses partenaires se sont fortement engagés dans la diffusion d'innovations devant faciliter les parcours de santé par le partage et l'échange dématérialisé entre professionnels de santé. En janvier 2018, l'ARS a répondu à l'appel de projet national « E-parcours » puis installé un comité régional pour le déployer. Ce programme national a pour objet la mise à disposition d'un bouquet de services numériques facilitant la prise en charge de l'utilisateur dans son parcours et la coordination de l'ensemble des parties prenantes. Dans ce cadre, trois territoires (Brest/Carhaix/Morlaix ; Vannes/Ploërmel ; Saint-Malo/Dinan) ont candidaté et bénéficié d'un financement d'un million d'euros chacun pour déployer une stratégie numérique en santé territorialisée. Des comités de pilotage ont été installés pour en suivre le déploiement dans chaque territoire. Les actions immédiates ont porté sur le déploiement et le développement des usages autour des composants socles du programme : ROR et Annuaire, DMP et MSS, GWALENN. Sur ce dernier service, l'ARS a publié le 2 mars 2018 un Appel à Manifestation d'Intérêt pour pouvoir recueillir la liste des dispositifs souhaitant utiliser GWALENN et accompagner son déploiement, l'objectif prioritaire étant d'équiper rapidement l'ensemble des MAIA et PTA. En avril 2018, une convention de partenariat tripartite ARS/4CPAM/GCS E-santé a été formalisée pour établir une coopération entre ces acteurs pour le déploiement du DMP. L'ARS a ainsi conduit des actions de communications auprès des opérateurs de soins (intervention journée/colloque) et partenaires de la démocratie sanitaire (groupe numérique CRSA...). L'ARS a également travaillé au déploiement de la messagerie sécurisée de santé via l'organisation de formations ou d'échanges avec les URPS. En février 2018, 10 MSP supplémentaires se sont engagés dans le système d'information partagé via un appel à projet. Enfin, concernant le déploiement du Dossier Communicant en Cancérologie, et après une passation de marché en 2017 permettant de renouveler la solution existante, l'année 2018 a été marquée par la construction et le paramétrage de l'outil avec les réseaux oncologie Bretagne (54 réunions ont été effectuées). Notons également le démarrage du déploiement du SI Suivi des Orientations dans le département pilote 35.

L'an passé, l'ARS a activement travaillé au déploiement de la télémédecine. Cette thématique fait l'objet d'un focus ci-après.

Afin de favoriser les organisations innovantes, l'ARS a investi très largement le dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018 en région en lançant un appel à candidature le 5 juin 2018. Cette démarche a permis de susciter et de détecter des initiatives des professionnels de santé bretons que l'ARS accompagne désormais dans une logique de co-construction. Dans ce cadre, 71 dossiers ont été reçus et 24 retenus. Afin de soutenir les initiatives qui n'entraient pas dans le cadre dérogatoire de l'article 51, mais qui répondraient aux priorités régionales et/ou à une problématique locale particulière en proposant des organisations innovantes, l'ARS a par ailleurs souhaité mobiliser en 2018 une enveloppe dédiée dans le cadre du Fonds d'intervention régional. 44 dossiers ont été reçus et 11 projets ont été retenus au mois de novembre 2018. L'ARS a également instruit, au mois d'août 2018, l'AMI national article 51 portant sur 3 modes de financement dérogatoires (épisode de soins/IPEP/PEP) : deux projets bretons ont été retenus.

Enfin, l'ARS a poursuivi ses actions d'accompagnement et de soutien à la recherche en région afin de favoriser l'accès des patients aux traitements innovants. Dans ce cadre, on peut citer le travail, en partenariat avec le réseau « Bretagne Recherche Clinique Hospitalière » et le Pôle régional de Cancérologie, visant l'acquisition d'un logiciel régional dédié aux activités de recherche clinique.

LES FOCUS

UN EXEMPLE D'INNOVATION ORGANISATIONNELLE ACCOMPAGNÉE PAR L'ARS DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 51 : LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS

Actuellement, ce projet porté par le réseau Louis Guilloux est en cours d'instruction par le comité national qui publiera prochainement son avis sur son intégration dans le dispositif article 51. Il propose un parcours innovant de prise en charge des populations migrantes primo-arrivantes, intégrant notamment la rémunération dérogatoire de l'interprétariat et la valorisation des temps de consultations de médecins généralistes.

Il s'agira de tester un parcours de santé et de soins primaires coordonné pour la population de migrants primo-arrivant. L'organisation proposée repose sur une complémentarité entre un centre de santé et les médecins libéraux qui accueillent ces patients. Le centre de santé forme, met à disposition des ressources d'interprétariat professionnel et fournit l'appui logistique pour cette coordination (prise de rendez-vous à l'aide de la plateforme numérique régionale permettant de gérer les plages horaires disponibles des médecins et des interprètes). Les médecins assurent la prise en charge et le suivi des migrants.

Le champ d'application territorial de l'expérimentation proposée est le territoire de Rennes Métropole avec une extension à tout le département d'Ille-et-Vilaine en dernière année d'expérimentation. La création d'un forfait de prise en charge par patient, dérogatoire au droit commun, est proposé, comprenant deux consultations longues de médecin généraliste par an, les prestations d'interprétariat professionnel en présentiel ou à distance, la coordination médicale et administrative et la formation des professionnels.

L'évaluation, qui sera effectuée par la CNAM et la DRESS, comportera sur un volet qualitatif (entretiens patients, professionnels de santé...) et un volet quantitatif à partir d'indicateurs recueillis dans le cadre de l'expérimentation (Nombre de consultations réalisées, taux de patients dotés d'un médecin traitant...).

LA TÉLÉMEDECINE UN ELEMENT DE REPONSE AUX DIFFICULTES DÉMOGRAPHIQUES, EPIDÉMIOLOGIQUES ET ORGANISATIONNELLES

L'année 2018 a été marquée par l'essor de la télémédecine, favorisé par la mise en œuvre de nombreuses actions :

L'agence a publié en février 2018 un appel à projet « forfait requérant » afin d'accompagner les EHPAD dans la montée en charge des activités (28 structures retenues). En parallèle, l'ARS, le GCS E-santé et les porteurs de projets de télémédecine en région ont développé le service de télémédecine Ekarmed qui a été lancé en octobre 2018. Il permet :

- A chaque offre de soins de décrire son offre, les modalités d'accès et à chaque professionnel de santé de trouver l'expert disponible pour répondre à sa demande.
- De transmettre les différents éléments nécessaires à la prise en charge du patient, de manière totalement sécurisée : documents d'identification du patient, formulaires cliniques, bilans médicaux, compte rendus et prescriptions.
- D'organiser des visioconférences sécurisées, hébergées en zone HDS et compatibles avec tout type de matériel : station fixe, chariot, PC, tablette, smartphone.
- Un accompagnement, dont les principales composantes sont l'aide au lancement d'un projet, l'animation de la communauté régionale de télémédecine, la communication, la formation, ainsi que la veille juridique et technologique.

Les Chiffres Au 1^{er} janvier 2019 :

- 25 offres de télémédecine hospitalières
- 10 spécialités concernées

