BRETAGNE

Liberté
Égalité
Fraternité

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS N°R53-2025-078

PUBLIÉ LE 27 JUIN 2025

Sommaire

ARS /

R53-2025-06-26-00002 - 20250626 arrêté de régulation temporaire accès au SU CH Guingamp nuit du 28 au 29 juin 2025 (2 pages) Page 3

R53-2025-06-26-00001 - 20250626 Arrete suspension nocturne SU CH Landerneau nuits 27juin au 28juin (3 pages) Page 6

R53-2025-06-27-00003 - 25.06.27 Schéma régional de santé révisé (332 pages) Page 10

R53-2025-06-23-00006 - 290037811 2025 06 23 CONCARNEAU (4 pages) Page 343

R53-2025-06-26-00003 - Arrêté composition CRAE du 26 juin 2025 (4 pages) Page 348

R53-2025-06-23-00005 - Arrêté constatant la cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie à BREST (29) (1 page) Page 353

R53-2025-06-16-00007 - Arrêté portant modification de dénomination de l'adresse d'une officine de pharmacie à BREHAN (56) (1 page) Page 355

R53-2025-06-16-00006 - Arrêté portant modification de dénomination de l'adresse d'une officine de pharmacie à PLOUEZEC (22) (1 page) Page 357

R53-2025-06-24-00002 - Arrêté portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023 (66 pages) Page 359

Les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités /

R53-2025-06-26-00004 - ARRÊTÉ modifiant la liste des organismes habilités à dispenser la formation aux représentants du personnel aux comités sociaux et économiques (CSE) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (2 pages) Page 426

préfecture de région /

R53-2025-06-25-00002 - Arrêté portant création du service de défense et de sécurité académique- juin 2025 (2 pages) Page 429

ARS

R53-2025-06-26-00002

20250626 arrêté de régulation temporaire accès au SU CH Guingamp nuit du 28 au 29 juin 2025

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

Direction adjointe hospitalisation
Département autorisations

Arrêté n°2025/146
Portant autorisation de réguler temporairement l'accès aux urgences du Centre hospitalier de Guingamp pour la nuit du 28 au 29 juin 2025

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-2, L. 6122-1, L. 6122-8, R. 6122-25, R. 6122-41, R. 6123-1 à R. 6123-32-11 ;

Vu le décret du 1er février 2023 portant nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne – Madame Elise NOGUERA ;

Vu l'arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences ;

Vu le courrier du 2 août 2018 portant renouvellement de l'autorisation de médecine d'urgence du Centre hospitalier de Guingamp ;

Vu l'arrêté en date du 15 juillet 2024 portant délégation de signature de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Bretagne à Mme Céline CASTELAIN-JEDOR, Directrice adjointe de l'Agence régionale de santé Bretagne, à compter du 15 juillet 2024 ;

Vu le courriel en date du 24 juin 2025 du Centre hospitalier de Guingamp demandant l'autorisation de réguler de façon temporaire l'accès aux urgences de cet établissement la nuit du samedi 28 au dimanche 29 juin 2025 de 19H à 8H30 ;

Considérant que sur la période considérée le Centre hospitalier de Guingamp ne comportera qu'un seul médecin urgentiste pour l'ensemble de l'activité de médecine d'urgence en dépit des mesures prises par l'établissement (réorganisation interne, appels à l'intérim et aux établissements du territoire) ;

Considérant que ces circonstances locales justifient une régulation de la structure d'urgence du Centre hospitalier de Guingamp ;

ARRÊTE

Article 1er :

A compter du samedi 28 juin 2025 à 19H00 et jusqu'au 29 juin 2025 à 8H30, le Centre Hospitalier de Guingamp (EJ 220000079) situé 17 – 19 rue de l'Armor 22205 GUINGAMP Cedex, est autorisé à organiser l'accès à sa structure des urgences selon l'alinéa 3 de l'article R. 6123-18-2 du Code de la Santé Publique.

Article 2 :

L'accès à la structure des urgences s'opérera par une régulation préalable après appel au SAMU-Centre 15. L'organisation mise en œuvre à l'entrée de la structure des urgences concernée comporte un accueil physique par un professionnel de santé ou par une personne titulaire de l'attestation de formation aux gestes et soins

6 place des Colombes
CS 14253
35000 Rennes Cedex
Tél : 02.90.08.80.00
www.ars.bretagne.sante.fr

d'urgence (AFGSU).

Et

La régulation s'opérera par une orientation préalable, en amont de l'accueil du patient et de la prise en charge définis à l'article R. 6123-19, effectuée par un auxiliaire médical de la structure qui met en œuvre des protocoles d'orientation préalable par délégation du médecin présent dans la structure.

Article 3 :

Le présent arrêté sera diffusé sur le site internet de l'agence régionale de santé et du CH de Guingamp. Il sera porté à la connaissance du SAS et du SAMU des Côtes d'Armor, du Finistère, Ille-et-Vilaine et du Morbihan, de la section chargée d'émettre un avis pour les activités de médecine d'urgence du comité consultatif d'allocation des ressources, des représentants des professionnels de santé de l'établissement, des établissements de santé du territoire, de l'union régionale des médecins libéraux et du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 4 :

Le présent arrêté peut-être contesté par voie de recours gracieux auprès de la directrice générale de l'ARS de Bretagne, par voie de recours hiérarchique auprès du Ministre délégué en charge de la Santé et de la Prévention et par voie de recours contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication pour les tiers. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télé recours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Article 5 :

La Directrice adjointe de l'hospitalisation de l'ARS Bretagne, et le représentant de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au directeur du Centre hospitalier de Guingamp et publié au recueil des actes administratifs (RAA) de la préfecture de Bretagne.

Fait à Rennes, le 26/06/2025

P/ La Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne
La Directrice adjointe de l'Hospitalisation

Céline CASTELAIN JEDOR

6 place des Colombes
CS 14253
35000 Rennes Cedex
Tél : 02.90.08.80.00
Mél : prenom.nom@ars.sante.fr
www.ars.bretagne.sante.fr

ARS

R53-2025-06-26-00001

20250626 Arrete suspension nocturne SU CH Landerneau nuits 27juin au 28juin

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

Direction adjointe hospitalisation
Département autorisations

Arrêté n° 2025-147
Portant autorisation de suspendre temporairement l'accès aux urgences du Centre Hospitalier de Landerneau la nuit du vendredi 27 au samedi 28 juin 2025 de 20H à 8H30

La directrice générale de l'agence régionale de santé de Bretagne

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-2, L. 6122-1, L. 6122-8, R. 6122-25, R. 6122-41, R. 6123-1 à R. 6123-32-11 ;

Vu le décret du 1er février 2023 portant nomination de la directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne – Madame Elise NOGUERA ;

Vu l'arrêté en date du 15 juillet 2024 portant délégation de signature de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Bretagne à Mme Céline CASTELAIN-JEDOR, Directrice adjointe de l'Agence régionale de santé Bretagne, à compter du 15 juillet 2024 ;

Vu le courriel de la Directrice déléguée du Centre Hospitalier de Landerneau en date du 25 juin 2025 demandant l'autorisation de suspendre de façon temporaire l'accès aux urgences de son établissement la nuit du vendredi 27 au samedi 28 juin 2025 de 20H à 8H30 ;

Considérant qu'aux termes de l'article L. 6122-13 II du code de la santé publique : « *En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité de soins concernée, d'une des pratiques thérapeutiques spécifiques mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6122-7 ou l'interruption immédiate du fonctionnement des moyens techniques de toute nature nécessaires à la dispensation des soins*» ;

Considérant que, pour fonctionner, la structure des urgences du Centre hospitalier de Landerneau requiert 4,6 équivalents temps plein de médecins urgentistes alors que seulement 3,4 équivalents temps plein sont pourvus et travaillés du fait d'arrêts maladie au sein de l'équipe ;

Considérant que tout établissement de santé autorisé à exercer la médecine d'urgence est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressé, notamment par le SAMU ;

Considérant que malgré les mesures prises (réorganisation interne, sollicitation de l'intérim, appel à la solidarité des autres services d'urgence de la région) aucun médecin urgentiste ne sera susceptible d'assurer l'activité de médecine d'urgence du Centre hospitalier de Landerneau la nuit du vendredi 27 au samedi 28 juin 2025 de 20H à 8H30 ;

Considérant qu'aux termes de l'article D. 6124-3 du Code de la santé publique :

*« L'effectif de l'équipe médicale de la structure de médecine d'urgence comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins **l'un d'entre eux soit présent en permanence**. »*

6 place des Colombes
CS 14253
35000 Rennes Cedex
Tél : 02.90.08.80.00
www.ars.bretagne.sante.fr

Considérant en conséquence que le Centre hospitalier de Landerneau n'est pas en mesure d'assurer la continuité et la permanence des soins et de garantir en conséquence la qualité et la sécurité des soins de médecine d'urgence ;

Considérant l'urgence tenant à la sécurité des patients ;

Considérant que l'ARS Bretagne est conduite à prononcer la suspension provisoire de l'activité de soins de médecine d'urgence du Centre hospitalier de Landerneau conformément aux dispositions de l'article L. 6122-13 II du code de la santé publique ;

ARRÊTE

Article 1er :

L'autorisation d'activité de médecine d'urgence (sous la modalité structure des urgences) détenue par le Centre hospitalier du Landerneau, est suspendue temporairement la nuit du vendredi 27 au samedi 28 juin 2025 de 20H à 8H30

Article 2 :

La présente décision a pour effet d'interrompre la prise en charge des soins de médecine d'urgence sur les plages horaires concernées.

Article 3 :

L'établissement doit porter à la connaissance de l'ARS Bretagne, sans délai à compter de la notification de la présente décision, l'ensemble des mesures prises pour remédier aux manquements constatés, conformément au II de l'article L. 6122-13 du Code de la santé publique.

Article 4 :

Dès réception de la présente décision, le directeur de l'établissement avise sans délai les personnels concernés et poursuit les actions d'information et d'accompagnement des patients.

L'établissement doit organiser la prise en charge des patients se présentant aux urgences du Centre Hospitalier du Landerneau de façon inopinée, en lien avec le SAMU Centre 15.

L'établissement s'engage à informer l'ensemble des acteurs de santé du territoire des protocoles de réorientation et de prise en charge prévus.

Article 5 :

Le présent arrêté sera diffusé sur le site internet de l'agence régionale de santé et du Centre Hospitalier de landerneau. Il sera porté à la connaissance du SAS et du SAMU du Morbihan, des Côtés d'Armor et du Finistère, de la section chargée d'émettre un avis pour les activités de médecine d'urgence du comité consultatif d'allocation des ressources, des représentants des professionnels de santé du Centre Hospitalier de Landerneau, des établissements de santé du territoire, de l'union régionale des médecins libéraux et du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 6:

Le présent arrêté peut-être contesté par voie de recours gracieux auprès de la directrice générale de l'ARS de Bretagne, par voie de recours hiérarchique auprès du Ministre délégué en charge de la Santé et de la Prévention et par voie de recours contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication pour les tiers. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télé recours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

6 place des Colombes
CS 14253
35000 Rennes Cedex
Tél : 02.90.08.80.00
www.ars.bretagne.sante.fr

de sa notification ou de sa publication pour les tiers. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télé recours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Article 7 :

La Directrice adjointe de l'hospitalisation de l'Agence l'ARS Bretagne, et le représentant de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à la directrice du Centre hospitalier de Landerneau et publié au recueil des actes administratifs (RAA) de la préfecture de Bretagne.

Fait à Rennes, le 26/06/2025

P/ La Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne
La Directrice adjointe de l'Hospitalisation

Céline CASTELAIN JEDOR

6 place des Colombes
CS 14253
35000 Rennes Cedex
Tél : 02.90.08.80.00
www.ars.bretagne.sante.fr

ARS

R53-2025-06-27-00003

25.06.27 Schéma régional de santé révisé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Bretagne



SCHEMA REGIONAL DE SANTE

Version mise à jour en date du 27.06.2025

Sommaire

LISTE DES SIGLES **6**

PARTIE 1 : ADAPTER LE SYSTEME DE SANTE AUX BESOINS DE LA POPULATION **22**

1. S'ADAPTER A DE NOUVEAUX ENVIRONNEMENTS ET REPONDRE A DE NOUVEAUX RISQUES 22
   1.1 Prévenir et contrôler les maladies infectieuses et l'antibiorésistance *23*
   1.2 Accompagner les transitions écologiques et énergétiques du système de santé *26*
   1.3 Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques *29*
   1.4 Freiner les impacts sanitaires du changement climatique *32*
2. AGIR SUR LES DETERMINANTS DE LA SANTE EN CONFORTANT LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE 35
   2.1 Conforter la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé *36*
   2.2 Mieux prendre en compte les effets de l'environnement sur la santé *39*
   2.3 Renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée, saine et durable *42*
   2.4 Renforcer la pratique de l'activité physique *45*
   2.5 Prévenir les addictions avec ou sans substance *48*
   2.6 Favoriser la vie affective, sexuelle et relationnelle *51*
   2.7 Maintenir la mobilisation sur la prévention du suicide *54*
   2.8 Soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé *57*
3. FAVORISER LES RECRUTEMENTS ET L'ATTRACTIVITE DES METIERS DE LA SANTE 60
   3.1 Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population *61*
   3.2 Accompagner la réingénierie et les parcours des formations en santé *64*
   3.3 Conforter et renforcer la démographie des professionnels dans les territoires déficitaires *67*
   3.4 Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé *70*
   3.5 Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissements et services *73*
   3.6 Soutenir les initiatives organisationnelles favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de la santé et du médico-social *76*
4. GARANTIR L'ACCES A UNE OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT ADAPTEE SUR LES TERRITOIRES 79
   4.1 Consolider la réponse aux besoins de soins non programmés *80*
   4.2 Améliorer la réponse aux besoins de transport sanitaire *83*
   4.3 Développer les dispositifs de coordination territoriaux *86*
   4.4 Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel *89*
5. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE COORDONNEE DANS LES PARCOURS DE SANTE ET DE VIE 92
   5.1 Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale *93*
   5.2 Renforcer la structuration de la filière de prise en charge des addictions *96*

5.3 Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer *99*
5.4 Consolider et faire évoluer la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-neuro-vasculaires *102*
5.5 Poursuivre la structuration des filières de prise en charge des personnes atteintes de maladies rares *107*
5.6 Conforter l'organisation territoriale en soins palliatifs *110*
6. DEVELOPPER LA REPONSE A DES ENJEUX POPULATIONNELS PRIORITAIRES 113
6.1 Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant *114*
6.2. Agir pour des réponses adaptées aux besoins de santé des enfants et des jeunes *117*
6.3. Promouvoir la santé des femmes *120*
6.4 Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS) *123*
6.5 Accompagner les personnes migrantes vers l'accès aux droits et aux soins *126*
7. AGIR EN FAVEUR DE L'AUTONOMIE ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES 129
7.1 Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée *130*
7.2 Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées *133*
7.3 Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD *136*
7.4 Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées *139*
7.5 Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap *142*
7.6 Renforcer l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap *145*
7.7 Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap *148*
7.8 Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap *151*
8. PROMOUVOIR LA QUALITE, LA SECURITE DES SOINS ET L'INNOVATION EN SANTE 154
8.1 Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements *155*
8.2 Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance *158*
8.3 Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours *161*
8.4 Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé *164*
8.5 Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé *167*
8.6 Accompagner le développement de l'innovation et la structuration de la recherche en santé *170*
9. AFFIRMER LA PLACE DES USAGERS-CITOYENS DANS LE SYSTEME DE SANTE 173
9.1 Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé *174*
9.2 Soutenir le partenariat entre usagers et professionnels *177*
9.3 Déployer une politique de soutien aux aidants *180*
9.4 Conforter le rôle des usagers au sein des instances de démocratie en santé *183*

PARTIE 2 : PLANIFIER LES ACTIVITES SOUMISES A AUTORISATION 186

Préambule *187*
ZONAGE REGIONAL 188

Caisson hyperbare *189*
Chirurgie cardiaque, neurochirurgie *190*
Cyclotron *194*
Examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales *195*
Greffes *199*
Neuroradiologie interventionnelle *205*
Traitement des grands brûles *208*
ZONAGE TERRITORIAL 209
Activités cliniques et biologiques d'aide médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal *210*
Cardiologie interventionnelle *215*
Chirurgie (mise à jour du 17.01.2025) *219*
Gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale *223*
Hospitalisation à domicile (HAD) *227*
Médecine d'urgence (mise à jour du 27.06.2025) *231*
Médecine nucléaire *236*
Médecine (mise à jour du tableau du 27.06.2025) *240*
Psychiatrie (mise à jour du 17.01.2025) *244*
Radiologie diagnostique et interventionnelle (mise à jour du 17.01.2025) *248*
Soins médicaux et de réadaptation (mise à jour du 17.01.2025) *253*
Soins critiques (mise à jour du 17.01.2025) *257*
Soins de longue durée *262*
Traitement de l'insuffisance rénale chronique *265*
Traitement du cancer (mise à jour du 17.01.2025) *268*
Biologie médicale *273*
ANNEXE RELATIVE A LA BIOLOGIE MEDICALE 276
Schéma Régional de Permanence Des soins en établissement de santé (intégration du 27.06.25) *280*
ACTIVITES REGLEMENTEES 284
ACTIVITES NON REGLEMENTEES 300

PARTIE 3 : ANIMER ET DECLINER LE PRS DANS LES TERRITOIRES 315

3.1 Elaborer le plan d'actions annuel pour mettre en œuvre le PRS *316*
3.2 Décliner le PRS dans les territoires par le développement des relations contractuelles *318*
3.3 Valoriser l'observation et l'exploitation des données de santé dans le pilotage territorialisé du PRS *320*
3.4 Conforter l'information et la communication sur la politique régionale de santé *322*
3.5 Assurer l'évaluation du PRS *324*

3.6 Conforter la démocratie en santé dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS *326*
3.7 Renforcer les partenariats institutionnels pour favoriser la coordination des politiques publiques *328*
3.8 Poursuivre la mobilisation des élus pour soutenir la déclinaison territoriale du PRS *330*

Liste des sigles

AAA	Anévrisme de l'aorte abdominale
AAC	Appel à candidatures
AAH	Allocation adulte handicapé
AAP	Appel à projets
ABM	Agence de la biomédecine
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
ACTP	Allocation compensatrice de tierce personne
ACVC	Accidents de la vie courante
ADEC	Association de dépistage du cancer
ADEME	Agence de la Transition Ecologique
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AELB	Agence de l'Eau Loire-Bretagne
AGILLE	Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion
AIRDDS	Association d'information et de ressources sur les drogues et dépendances et le SIDA
ALD	Affection de longue durée
ALM	Affections de l'appareil locomoteur
ALS	Allocation logement à caractère social
AM	Assurance maladie
AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
AMA	Assistance aux malades ambulatoires
AMAVI	Volet ORSAN relatif à l'accueil massif de victimes
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APIMED	Association d'amélioration des pratiques et de l'information médicale
APL	Aide personnalisée au logement
ARACT	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARESAT	Association régionale des établissements et service d'aide par le travail
ARLIN	Agence régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV	Allocation supplémentaire vieillesse
AT	Accident du travail
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATS	Animateur-trice territoriale de santé
AUDIAR	Agence d'urbanisme et de développement intercommunal de l'agglomération rennaise
AVC	Accident vasculaire cérébral
BIO	Volet ORSAN relatif à la prise en charge d'un risque biologique
BIT	Bureau international du travail
BMR	Bactérie multi résistante
BPCO	Broncho pneumopathie chronique obstructive
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAPPS	Coordination pour l'amélioration des pratiques des professionnels de santé
CAPTV	Centre antipoison et de toxicovigilance
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
CARESP	Cellule d'animation régionale des soins palliatifs
CARPEC	Cellule d'appui régionale aux projets d'exercice coordonné

CARSAT	Caisse d'assurance retraite et santé au travail
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CBSP	Coordination bretonne de soins palliatifs
CBU	Contrat de bon usage
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCAR	Comité Consultatif d'Allocations de Ressources
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCMR	Centre de compétences pour les maladies rares
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CD	Conseil départemental
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDAS	Centre départemental d'action sociale
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDS	Centre de santé
CDU	Commissions des usagers
CEGIDD	Centre gratuit, d'information de dépistage et de diagnostic
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CESU	Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence
CESP	Contrat d'engagement de service public
CH	Centre hospitalier
CHBA	Centre hospitalier Bretagne atlantique
CHBS	Centre hospitalier de Bretagne sud
CHGR	Centre hospitalier Guillaume Régnier
CHIC	Centre hospitalier intercommunal
CHP	Centre hospitalier privé
CHPM	Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHRU	Centre hospitalier régional et universitaire
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIM	Classification internationale des maladies
CIOA	Centre des infections ostéo-articulaires
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CISS	Collectif inter associatif des usagers
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLCV	Consommation logement cadre de vie
CLIC	Centre locaux d'information et de coordination gérontologique
CLIM	Volet ORSAN relatif à un phénomène climatique
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNH	Conférence nationale du handicap
CNSA	Caisse nationale de la santé et de l'autonomie
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CODAMUPS-TS	Comité départementale de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
COFRAC	Comité français d'accréditation
COPIL	Comité de Pilotage
COREPEM	Comité régional des pêches et des élevages marins
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
COS	Cadre d'orientation stratégique

CP	Centre pénitentiaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPI	Cardiopathie ischémique
CPIAS	Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	Comité de protection des personnes
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CR	Conseil régional
CRA	Centre ressources autisme
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations sur le handicap
CREBEN	Centre régional breton d'expertise neuroradiologique
CREFAP	Centre ressources familles et troubles psychotiques du Centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes
CRIOGO	Centre de référence en infections ostéo-articulaires du Grand ouest
CRIS	Comité régional d'investissement en santé
CRLCC	Centre régional de lutte contre le cancer
CRMR	Centre de référence pour les maladies rares
CRONDPS	Comité régional de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé
CROS	Comité régional olympique et sportif
CROSS	Centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage
CROUS	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CRPV	Centre régional de pharmacovigilance et d'information sur le médicament
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSI	Centre de soins infirmiers
CSO	Centre spécialisé de l'obésité
CSP	Code de la santé publique
CSRTMU	Comité de suivi des réorganisations territoriales de la médecine d'urgence
CTEES	Conseillers en transition énergétique et écologique en santé
CTS	Conseil territorial de santé

CTSM	Contrat territorial de santé mentale
CVAGS	Cellule de veille, alerte et gestion sanitaires
DASEN	Directeur académique des services de l'éducation nationale
DATASAM	Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants
DCC	Dossier communiquant en cancérologie
DCI	Dispositifs cardiaques implantés
DD	Délégation départementale
DDETS	Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités
DDFE	Délégation départementale aux droits des femmes et à l'Egalite
DES	Diplôme d'études spécialisées
DFG	Dotation forfaitaire garantie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DI	Déficiences intellectuelles
DIM	Département d'information médicale
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DMP	Dossier médical partagé
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Diagnostic principal
DP	Dialyse péritonéale
DPC	Développement personnel continu
DPJJ	Direction de la Protection judiciaire de la Jeunesse
DPN	Diagnostic prénatal
DPO	Dispositif d'orientation permanent
DR	Diagnostic relié
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DRAJES	Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
DRDFE	Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPA	Etablissement d'hébergement de personnes âgées
EHPAD	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EIG	Evènement indésirable grave
EIS	Evaluation d'impact en santé
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
EMG	Equipe mobile de gériatrie
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EMRR	Equipes mobiles de réadaptation–réinsertion
EMS	Etablissement médico-social
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs
ENC	Etude nationale des coûts
EP	Etablissements pénitentiaires
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
EPIVAC	Volet ORSAN relatif à la gestion d'une épidémie ou pandémie
EPP	Evaluations des pratiques professionnelles
EPSM	Etablissement public de santé mentale
EREB	Espace de réflexion éthique de Bretagne
ES	Etablissements de santé
ESA	Equipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissement et service médico-social
ESP	Equipe de soins primaires
ESPAD	European school project on alcohol and other drugs
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ESPO	Etablissement et service de pré-orientation
ESRP	Etablissement et service de réadaptation professionnelle
ESRR	Etablissements de santé régionaux de référence

ETP	Education thérapeutique du patient
EVARS	Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	France Assos Santé
FCU	Frottis cervico-utérin
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FIV	Fécondation in vitro
FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GDR	Gestion du risque
GEA	Gastro-entérite aiguë
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIR	Groupes iso-ressources
GIRCI	Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et compétences
GTR	Groupe thématique régional
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HDJ	Hôpital de jour
HDS	Hébergeurs de données de santé
HET	Hôpital en tension
HIA	Hôpital d'instruction des armées
HPST	Hôpital patient santé territoires
HPV	Papillomavirus humain
HSM	Enquête handicap-santé-ménages

HT	Hébergement temporaire
IAS	Infections associées aux soins
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICPE	Installation classée pour la protection de l'environnement
ICAPS	Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité
IDA	Institut pour déficients auditifs
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEC	Infirmière de coordination en cancérologie
IDM	Infarctus aigu du myocarde
IDV	Institut pour déficients visuel
IEM	Institut d'éducation motrice
IFAQ	Incitation financière à la qualité
IFSI	Institut de formation aux soins infirmiers
IMC	Indice de masse corporelle
IME	Institut médico-éducatif
IN	Infections nosocomiales
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INS	Identité nationale de santé
InVS	Institut de veille sanitaire
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IRA	Infections respiratoires aigues
IRAPS	Instance régionale de l'amélioration de la pertinence des soins
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
IREPS	Instance régionale de promotion pour la santé
IRISS	Instance régionale de réduction des ISS
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infections sexuellement transmissibles
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
IVG	Interruption volontaire de grossesse

LAM	Lit d'accueil médicalisé
LBM	Laboratoires de biologie médicale
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queer, intersexe, asexuel et +
LHSS	Lits halte soins santé
LISP	Lits identifiés de soins palliatifs
LMD	Licence-Master-Doctorat
MA	Maison d'arrêt
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MCNV	Maladies cardio-neuro-vasculaires
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCP	Maladies à caractère professionnel
MCS	Médecins correspondants SAMU
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MG	Médecin généraliste
MIG	Mission d'intérêt général
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MISACO	Mission d'accompagnement de collectifs de prévention du suicide en milieu rural
MMG	Maison médicale de garde
MND	Maladies neurodégénératives
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP/PSP	Maison de santé pluri-professionnelle / pôle de santé pluri-professionnel
MST	Maladie sexuellement transmissible
NAP	Nutrition et activité physique
NGS	Nouvelle génération de séquenceurs
NMR	Nouveaux modes de rémunération
NOVI	Nombreuses Victimes (plan)
NRC	Volet ORSAN relatif à la prise en charge d'un risque nucléaire, radiologique et chimique
NRI	Neuroradiologie interventionnelle
OFB	Office français de la biodiversité
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OGDPC	Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONS	Observatoire national du suicide
OPH	Ophtalmologique
OQN	Objectifs quantifiés nationaux
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORBI	Observatoire régional breton de l'infarctus
ORIS	Outil de régulation des inscriptions en SSR et HAD
ORL	Oto-rhino-laryngologique
ORS	Observatoire régional de santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
ORSB	Observatoire régional de santé de Bretagne
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORU	Observatoire régional des urgences
OPCO	Opérateurs de compétences
PA	Personnes âgées
PAEJ	Point accueil écoute jeunes
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Projet d'accueil individualisé
PAPD	Personnes âgées polypathologiques à risque de dépendance
PAPRAPS	Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PAPRICA	Plateforme d'appui de premier recours pour les interventions en chirurgie ambulatoire
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PASA	Pôle d'activité et de soins adapté
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PATSS	Plan d'appui à la transformation du système de soins
PCH	Prestation de compensation du handicap

PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PDALHPD	Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins en ambulatoire
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
PET Scan ou TEP	Tomographe à émission de positons
PH	Personne handicapée
PHV	Personne handicapée vieillissante
PIAS	Praticien isolé à activité saisonnière
PIGUS	Plan d'intervention et de gestion d'une urgence de santé
PIMM	Plateau d'imagerie médicale mutualisé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLALHPD	Plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PLANIR	Plan local d'accompagnement du non-recours des incompréhensions et des ruptures
PLATOSS	Plateforme d'observation sanitaire et sociale
PLU	Plan local d'urbanisme
PMI	Protection maternelle et infantile
PMND	Plan maladies neurodégénératives
PMP	Projet médical et soignant partagé de GHT
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNA	Programme national de l'alimentation
PNNS	Plan national nutrition santé
PNRT	Plan national de réduction du tabagisme
PNSP	Programme national pour la sécurité des patients
POHO	Pédiatrie onco-hémato Ouest
PPAC	Plan personnalisé de l'après cancer
PPRGDRESS	Programme pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de santé
PPS	Prévention promotion de la santé
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRITH	Programme régional pour l'insertion des travailleurs handicapés

PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
PRST	Plan régional santé au travail
PSGA	Plan solidarité grand âge
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTAC	Plateforme territoriale d'appui à la coordination
PTIE	Pacte territorial pour l'insertion et l'emploi
PTMA	Praticien territorial de la médecine ambulatoire
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PTS	Programme territorial de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage interne
PUV	Petites unités de vie
RAAC	Réhabilitation améliorée après chirurgie
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
REB	Réflexion éthique de Bretagne
REIN	Réseau épidémiologique et information en néphrologie
RHEOP	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal
RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RPPS	Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
RPS	Risques psycho-sociaux
RPU	Résumé de passage aux urgences
RREVA	Réseau régional des vigilances et d'appui
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
RU	Représentants des usagers

SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAFED	Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SCoT	Schéma de cohérence territoriale
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SEP	Sclérose en plaques
SERAFIN-PH	Services et établissements réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées
SESSAD	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SFMN	Sociétés françaises de radiologie et de médecine nucléaire
SFR	Sociétés françaises de radiologie
SI	Système d'information
SIAO	Services intégrés de l'accueil et de l'orientation
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIMPS	Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
SIOS	Schéma inter-régional d'organisation sanitaire
SI-VSS	Système d'information de veille et sécurité sanitaire
SLA	Sclérose latérale amyotrophique
SMTI	Soins médico-techniques importants
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SNANC	Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat
SNDS	Système national des données de santé
SNPPE	Syndicat national des professionnel(le)s de la petite enfance
SNS	Stratégie nationale de santé
SOPHIA	Service d'accompagnement des malades chroniques de l'assurance maladie
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPF	Santé publique France
SPIS	Service public d'information en santé
SRADAIR	Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des refugiés
SRADDET	Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires

SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional de l'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
SRS	Schéma régional de santé
SSBE	Sport santé bien-être
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STERENN	Plateforme régionale de services de télémédecine
SU	Services d'urgences
T2A	Tarification à l'activité
TA	Territoire d'Armor
TBA	Territoire de Brocéliande-Atlantique
TCA	Troubles du comportement alimentaire
TCB	Territoire du Cœur de Breizh
TED	Troubles envahissants du développement
TEES	Transition énergétique et écologique en santé
TFP	Territoire du Finistère–Penn Ar Bed
THB	Territoire de Haute-Bretagne
TIAC	Toxi-infection alimentaire collective
TLQ	Territoire de Lorient-Quimperlé
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TO	Taux d'occupation
TOC	Troubles obsessionnels compulsifs
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TS	Territoire de santé
TSMD	Territoire de St-Malo-Dinan
TSO	Traitements de substitution aux opiacés
UAA	Unité d'autodialyse assistée
UAD	Unité d'autodialyse
UC	Unité de consommation

UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UCOG	Unité de coordination en onco-gériatrie
UCSA	Unités de consultations et de soins ambulatoires
UDM	Unité de dialyse médicalisée
UFR	Unité de formation et de recherche
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UHR	Unité d'hébergement renforcé
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UNV	Unité neuro-vasculaire
UP	Unité de proximité
UPH	Urgents pré-hospitaliers
URIOPSS	Union régionale interfédérale d'organismes privés du secteur sanitaire et social
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USC	Unité de surveillance continue
USIC	Unités de soins intensifs cardiologiques
USINV	Unité de soins intensifs neuro-vasculaire
USLD	Unité de soins de longue durée
USP	Unité de soins palliatifs
USPN	Unités sanitaires de premier niveau
SGAR	Secrétaire général pour les affaires régionales
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
VADS	Voies aéro-digestives supérieures
VAS	Vie affective et sexuelle
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite c
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSL	Véhicules sanitaires légers
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZIP	Zone d'intervention prioritaire

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

1. S'adapter à de nouveaux environnements et répondre à de nouveaux risques



1.1 Prévenir et contrôler les maladies infectieuses et l'antibiorésistance

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les infections que l'on croyait en très grande partie vaincues par les mesures d'hygiène, les antibiotiques et la vaccination au début des années 1980 sont revenues sur le devant de la scène en termes de morbidité mais aussi de mortalité. Qu'elles soient communautaires ou associées aux soins, les infections impliquent de plus en plus souvent des bactéries devenues résistantes aux antibiotiques. Sans mesures adaptées, les projections à l'horizon 2050 font état de 10 millions de morts à la l'échelle mondiale.

Au-delà de la problématique de l'antibiorésistance, on observe que le système de santé est régulièrement perturbé dans son fonctionnement par des épidémies (COVID-19, grippe, bronchiolite…).

Dans ce contexte, il est essentiel de prévenir les infections les plus courantes, notamment grâce à la vaccination et à des gestes simples du quotidien, de réduire autant que possible les infections associées aux soins et de préserver l'efficacité des antibiotiques.

Par ailleurs, les dernières saisons hivernales ont été marquées par la plus grande épizootie d'influenza aviaire hautement pathogène jamais enregistrée en Europe. Du fait du réchauffement climatique et des pratiques d'élevage intensif, la région Bretagne présente un risque de voir émerger un recombinant d'un virus d'origine animale avec un virus humain. La Bretagne a d'ailleurs été confrontée au 1er cas humain de grippe porcine survenu en France.

Dès lors, la prévention des infections et de l'antibiorésistance doit s'inscrire dans une approche globale « Une seule santé » (« One Health »), rapprochant les actions de maîtrise des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine, mais aussi en santé animale et des écosystèmes.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Prévenir la diffusion des maladies infectieuses par les mesures d'hygiène et en augmentant la vaccination ;
- Promouvoir le bon usage des antibiotiques afin de préserver leur efficacité.

1.1 Prévenir et contrôler les maladies infectieuses et l'antibiorésistance

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Développer la vaccination des professionnels de santé ;
- Développer la vaccination des résidents dans les établissements accueillant des personnes sensibles ;
- Développer la vaccination contre la grippe des professionnels travaillant avec les animaux d'élevage ;
- Renforcer, en lien avec Santé Publique France, la surveillance des virus grippaux A (hors H3) pour identifier précocement les recombinaisons de virus ;
- Consolider le réseau territorial constitué par les infirmiers hygiénistes et les équipes opérationnelles d'hygiène dans leurs missions de prévention/contrôle des infections et par les Equipes mobiles d'accompagnement en matière d'antibiorésistance ;
- Diffuser les actions de bon usage des antibiotiques ;
- Apporter une aide à la juste prescription des antibiotiques (recours aux Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et aux antibiogrammes ciblés) ;
- Développer la surveillance des eaux usées.

Les publics ciblés

- Les professionnels de santé
- Les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux
- Les résidents des collectivités accueillant des personnes sensibles
- Les professionnels travaillant avec les animaux d'élevage
- Les associations de patients
- Le grand public

Les partenaires à mobiliser

- CPias
- CRAtb
- Ordres
- URPS
- Santé Publique France
- DRAAF
- DDPP

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Politique régionale de vaccination ◉ Plan Régional Santé Environnement 4 ◉ Objectif 7.3 Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD ◉ Objectif 8.1 Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements	◉ Stratégie nationale 2022-2025 de prévention de l'infection et de l'antibiorésistance

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Couverture vaccinale contre la grippe des professionnels de santé en ESMS	21.2%	70%
Nombre de prescriptions d'antibiotiques en ville pour 1000 habitants et par an	769	< 650
Consommation d'antibiotiques en établissement de santé, en nombre de DDJ/1000 journées d'hospitalisation	232	Réduction d'au moins 10%

1.2 Accompagner les transitions écologiques et énergétiques du système de santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Une nécessité sanitaire : le système de santé est très exposé aux impacts environnementaux, accentués par le changement climatique global. Il génère une augmentation du recours au soin (hyperthermie et aggravation de pathologies existantes, santé mentale, maladies respiratoires ou vectorielles, nouveaux agents microbiens...), mais aussi des tensions lors d'événements extrêmes (tempêtes, inondations, canicule, feux…) : conditions d'accueil et de travail, atteintes au bâti, déplacements de malades, coupures d'électricité, sécheresse et problème d'accès à l'eau…

Une nécessité environnementale : le système de santé représente 8% de l'empreinte carbone nationale, dont plus de la moitié liée aux achats (médicaments et dispositifs médicaux en 1er lieu, source : Shift Project).

Une nécessité citoyenne : Elle renforce le rôle d'ambassadeur des établissements. Cet enjeu d'appropriation collective invite à développer la participation des usagers des établissements et leurs aidants dans les actions en matière de transition écologique et énergétique du système de santé (TEES).

Une nécessité économique

Un contexte favorable : Ségur, Lois ELAN et EGALIM, Programme sur les achats responsables (PHARE), plan régional santé environnement (...), mais aussi de nombreuses opérations de rénovation du parc immobilier breton. Ces Lois et impulsions nationales ou régionales représentent autant d'opportunités pour intégrer davantage de critères environnementaux (via les investissements des établissements).

Un contexte mondial, mais des actions nécessaires à l'échelle locale, et selon une approche globale : Il s'agit de mettre en synergie les actions présentant des co-bénéfices, et à l'inverse de réduire les antagonismes possibles (ex: isolation du bâti susceptible d'impacter la qualité de l'air intérieur, maîtrise de l'hygiène par une politique de l'usage unique impactant la production de déchets...).

Une dynamique portée par le Ministère de la santé et des solidarités : En 2022, 10 conseillers en transition énergétique et écologique en santé et 1 coordinateur régional ont été retenus dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt de la DGOS pour constituer le réseau de la TEES

L'ARS s'engage dans une démarche interne de **Responsabilité Sociétale et Environnementale.**

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Favoriser l'intégration de mesures économiquement viables, socialement équitables et écologiquement soutenables, promotrices de santé et de bien-être ;
- Développer la sobriété en termes de consommation de ressources naturelles (énergies, eau), l'efficacité des équipements et l'usage des énergies renouvelables, dans le patrimoine existant et à venir ;
- Favoriser les transports et les mobilités durables ;
- Contribuer à la réduction des déchets et à leur valorisation ;
- Encourager les achats durables et favorables à la santé et à l'environnement, concernant notamment :
  - Les médicaments et dispositifs médicaux (dans un objectif d'écoresponsabilité des soins),
  - L'alimentation,
- Développer l'observation et le suivi d'indicateurs de la TEES en Bretagne ;
- Encourager le développement de la participation citoyenne dans les démarches de TEES ;
- Promouvoir un cadre de vie et de travail favorable à la santé des soignants et autres salariés des établissements ainsi que des patients.

1.2 Accompagner les transitions écologiques et énergétiques du système de santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Animer le réseau régional de la TEES avec les conseillers et les établissements : partager les expériences, former et sensibiliser les acteurs, outiller, aider à la décision... via notamment les groupes de travail transports, énergie – Gaz à effet de serre – eau, alimentation durable, santé environnementale, produits de santé ;
- Soutenir les établissements en matière d'ingénierie de projets, notamment en étoffant le réseau de conseillers ;
- Intégrer des critères de TEES et de participation citoyenne dans les cahiers des charges et l'instruction des projets financés par l'ARS (dont : projets de rénovation et de construction des établissements et projets de santé des structures d'exercice coordonné) ;
- S'appuyer sur les dispositifs de contractualisation pour encourager les structures à intégrer des critères de TEES ;
- Co-construire des référentiels d'achats intégrant des critères de santé environnementale (appui sur la dynamique avec les maternités) ;
- Mettre en place un tableau de bord breton de la TEES, s'appuyant notamment sur les outils existants et leur promotion (macantine.fr, mon observatoire du développement durable de l'ANAP.

Les publics ciblés

- Personnels et usagers des établissements de santé et médico-sociaux,
- Structures d'exercice coordonné / Cabinets de médecine générale via les groupes qualité.

Les partenaires à mobiliser

- GCS-Achats santé Bretagne
- Conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)
- Fédérations hospitalières et médicosociales,
- Inter-URPS, ESSORT
- Association « APIMED »
- Collectivités :
- ADEME
- Banque des territoires
- Agence de l'eau Loire Bretagne
- ALEC – Breizh ALEC
- ANAP (appui terrain)
- Animateurs territoriaux, notamment au sein des CLS et des PAT
- DRAAF

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.3 : Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques ◉ Objectif 2.3 : Renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé ◉ Plan régional santé environnement 4 (PRSE4)	◉ Feuille de route de la planification écologique du système de santé (mai 2023) et convention de planification écologique à venir (automne 2023)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de produits de qualité et durable dans la restauration collective des établissements de santé et médico-sociaux	30% dont 15% de bio	60% dont 25% de bio
Taux d'établissements de santé et médico-sociaux ayant mis en place un plan d'action vis-à-vis des consommations de ressources naturelles (énergies, eau)		100%
Effectif d'établissements de santé et médico-sociaux participant à l'outil de l'ANAP « mon observatoire du développement durable »		

1.3 Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Dans la continuité des attentats de 2015-2016, la préparation du système de santé pour faire face aux crises s'était concentrée sur le secteur hospitalier et notamment la réponse à un afflux massif de victimes. La pandémie de COVID 19, par son caractère global, a mis en évidence la nécessité de préparer l'ensemble des trois secteurs du système de santé. Depuis lors, on constate en effet une multiplication des crises de toutes natures ainsi que l'émergence de nouveaux risques induits par les effets de la globalisation des échanges, du changement climatique (épidémies émergentes, majoration des risques naturels) et par la vulnérabilité croissante d'un système de santé face aux défaillances technologiques et des réseaux (risque cyber et énergétique, coupure de téléphonie, interruption de l'approvisionnement en eau, …) Ce contexte est majoré par les tensions structurelles rencontrées par le secteur de la santé en ce qui concerne les ressources humaines.

Dans ce contexte, il apparait, en premier lieu, essentiel **d'anticiper les crises à venir** en identifiant au mieux la diversité des risques auquel est actuellement confronté le système de santé et chacun de ses opérateurs.

Par ailleurs, il conviendra de **préparer l'ensemble des acteurs du système de santé** à répondre à ces nouvelles formes de situations sanitaires exceptionnelles, tout en préservant la continuité des soins.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- **Identifier** les vulnérabilités (risques naturels et technologiques) fragilisant le système de santé, à l'échelle régionale et au niveau de chaque opérateur des secteurs de l'offre de soins ;
- **Définir** les responsabilités de chaque acteur de santé dans le cadre de chaque type de situations sanitaires exceptionnelles ;
- **Doter** l'ensemble des acteurs du système de santé d'une culture de gestion de crise ;
- **Préparer** les opérateurs et les professionnels du système de santé à répondre de manière efficace et coordonnée aux différentes de situations sanitaires exceptionnelles.

1.3 Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- **Déployer** une politique d'analyse des risques majeurs impactant le système de santé à l'échelle régionale et au niveau de chaque opérateur ;
- **Structurer** la démarche de planification en région articulant la planification régionale d'Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) et les plans opérateurs (blancs, bleus et situations sanitaires exceptionnelles) ;
- **Repositionner** l'expertise des Etablissements de référence (ESRR) à un niveau régional et en appui des trois secteurs de l'offre (formation aux Situations sanitaires exceptionnelles (SSE), accompagnement sur la planification et prises en charge complexes) ;
- **Déployer** une politique d'acculturation des opérateurs du système de santé aux enjeux de la gestion de crise ;
- **Piloter** une politique de formation, d'entrainement et d'accompagnement des référents SSE des trois secteurs de l'offre ;
- **Définir** à l'échelle régionale et territoriale, à destination des trois secteurs de l'offre, un plan de montée en puissance des ressources humaines et matérielles nécessaires à la gestion des crises ;
- **Animer** à l'échelles des territoires et de la région la continuité des activités en période de crise (plan de continuité d'activités territorial).

Les publics ciblés

- Etablissements de santé
- Etablissements médico-sociaux
- Professionnels de santé libéraux dont les Communautés professionnelles territoriales de santé
- Laboratoires
- Officines pharmaceutiques
- Etablissement français du sang
- Grossistes-répartiteurs
- Transports sanitaires privés

Les partenaires à mobiliser

- ESRR
- CPIAS
- SAMU
- Préfectures
- Forces de sécurité intérieures
- SDIS
- Fédérations sanitaires et médico-sociales
- Conseils ordinaux

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☒ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.1 : Prévenir et contrôler les maladies infectieuses et l'antibiorésistance ◉ Objectif 1.2 : Accompagner les transitions écologique et énergétique du système de santé ◉ Objectif 4.1 : Consolider la réponse aux besoins de soins non programmés ◉ Objectif 3.2 : Accompagner la réingénierie et les parcours des formations en santé ◉ Objectif 5.1 : Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de plans ORSAN validés	1	5
Elaboration d'un plan régional pluriannuel de formation en gestion de crise	0	1
Nombre d'établissements de santé classés 1ère ligne Nucléaire, radiologique et/ou chimique (NRC) disposant d'une unité de décontamination hospitalière (UDH)		20

1.4 Freiner les impacts sanitaires du changement climatique

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le changement climatique est la plus grande menace pour la santé publique du XXIe siècle. Agir pour le climat est sa plus grande opportunité.

L'année 2022 a été l'année la plus chaude jamais enregistrée à Rennes et à Brest. Selon les prévisions, la température moyenne annuelle et la fréquence des épisodes de chaleurs vont continuer à augmenter. Principalement généré par les activités humaines, le dérèglement climatique a des impacts multiples sur la santé. Les *Effets directs*, liés aux canicules, sécheresses, inondations, submersion marine, ouragans, tempêtes, feux de forêts, entrainent une augmentation de la mortalité et morbidité associées. Les *Effets indirects,* dus à l'amplification des risques environnementaux existants et à leur cumul, génèrent une augmentation des maladies liées à l'alimentation et à l'eau, à la qualité de l'air (dont pollens), la modification des écosystèmes, les maladies vectorielles, la dégradation de la santé mentale (dont éco-anxiété) et un accroissement des inégalités.

Le Haut conseil breton pour le climat met en évidence l'impact des périodes de sècheresse sur la raréfaction de la ressource en eau et le risque de concentration de pollutions.

Un renforcement des contrastes saisonniers est à prévoir, susceptible de se traduire par une recrudescence des crues de saison froide et des sécheresses estivales. La surmortalité en période de chaleur est par ailleurs déjà perceptible en Bretagne (été 2022 : 168 décès estimés en excès, toutes causes), de même que la hausse des passages aux urgences et consultations SOS Médecins pour les pathologies en lien avec la chaleur.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

Au travers de la mise en œuvre du Plan régional santé environnement 4, il s'agit de :

- **Contribuer aux actions d'atténuation du changement climatique**, notamment par les actions d'amélioration de la qualité de l'air extérieur et la prise en compte dans l'aménagement du territoire, l'urbanisme et les mobilités ;
- **Contribuer aux actions d'adaptation au changement climatique**, notamment par la préservation de la ressource en eau, la promotion de l'impact positif de la nature sur la santé ;
- **Accompagner la prise en compte des enjeux de santé dans les actions d'atténuation et d'adaptation au changement climatique**, tant en matière de co-bénéfices que de risque sanitaire induit ou amplifié, notamment dans le cadre de la promotion des environnements intérieurs favorables à la santé ou dans le cadre de la protection des Bretons face aux risques sanitaires associés aux espèces animales et végétales.

1.4 Freiner les impacts sanitaires du changement climatique

Les principales actions à mener : Que veut-on faire ?

- Accompagner les dynamiques territoriales (contrats locaux de santé, projets alimentaires de territoire, plans climat air énergie territoriaux, réseau de la transition énergétique et écologique en santé, communautés professionnelles territoriales de santé CPTS...) pour maximiser les co-bénéfices santé/environnement/climat et réduire les antagonismes ;
- Orienter les financements octroyés dans le cadre de la politique régionale en santé environnement : intégrer des critères de prise en compte des enjeux climat/santé dans les cahiers des charges et l'instruction des appels à projets ;
- Sensibiliser et former les publics cibles prioritaires : collectivités, acteurs du système de santé, grand public ;
- Contribuer à la connaissance et à l'observation des enjeux bretons : mettre en place et suivre un corpus d'indicateurs, objectiver le sujet de l'éco-anxiété en Bretagne.

Les publics ciblés

- Collectivités
- Acteurs du système de santé
- Autres professionnels : distributeurs d'eau, aménageurs, professionnels du bâtiment, de l'agriculture, industriels...
- Grand public

Les partenaires à mobiliser

- Partenaires PRSE (notamment SGAR, DREAL, Conseil régional, collectivités locales, Rectorat, DRAAF)
- Opérateurs PRSE, porteurs d'actions et accompagnant les territoires (FREDON, AEH, IREPS, URCPIE, REEB, MCE...)
- EHESP, ADEME, AELB, OFB, ABB...
- Observatoires : OEB, ORS, le réseau de la transition énergétique et écologique en santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☒ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.2 : Accompagner les transitions écologique et énergétique du système de santé ◉ Objectif 1.3 : Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques ◉ Objectif 2.4 : Mieux prendre en compte les effets de l'environnement sur la santé	◉ Plan national santé environnement 4 (PNSE 4)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part de Contrats locaux de santé (signés) disposant d'un plan d'action avec un volet climat-santé	0	50%

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

2. Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé



2.1 Conforter la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La santé est déterminée à 80% par des facteurs extérieurs au système de soins (revenus, éducation, logement, relations sociales, environnement …). Elle ne relève pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits. L'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé (ISS). Il est nécessaire de se mobiliser de manière intersectorielle pour réellement agir sur les ISS.

Les ISS recouvrent « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations»[1]. Ces écarts suivent un « gradient social » (plus votre situation est favorable, meilleures sont vos chances de jouir d'une bonne santé et d'une vie plus longue).

En Bretagne, des inégalités importantes sont constatées : inégalités géographiques d'est en ouest où l'on observe les plus mauvais indicateurs, différences entre le littoral et le centre, écarts entre milieu urbain et rural, inégalités selon les catégories socioprofessionnelles...[2]

Les politiques pouvant avoir des effets sur les ISS sont celles qui renforcent les « facteurs de protection », qui favorisent l'adoption de comportements favorables à la santé et qui favorisent les environnements et les conditions de vie favorables à la santé. **La promotion de la santé permet de prendre en compte ces principes d'action** : l'action précoce, des actions universelles et proportionnées, des stratégies intersectorielles, la participation des personnes.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- **Définir un cadre stratégique** de réduction des ISS en Bretagne via l'Instance régionale de réduction des ISS (IRISS), co-pilotée par la DG ARS et le commissaire à la lutte contre la pauvreté ;

- **Accompagner le déploiement de la stratégie en Bretagne via** :
  - La mise en place d'un comité d'appui scientifique ISS dont les missions seront de : favoriser une recherche interdisciplinaire sur les causes et les mécanismes des inégalités sociales de santé ; soutenir une approche par les déterminants sociaux et environnementaux de la santé plus que par maladies ; développer les méthodes d'évaluation des interventions dans le domaine des ISS ;
  - Les changements de pratiques et l'outillage des acteurs ;
  - Le suivi de données bretonnes.

- **Développer un plan d'action de réduction des ISS :**
  - Une stratégie opérationnelle, partenariale et territorialisée de lutte contre les ISS en lien notamment avec les élus ;
  - Des priorités de réduction des ISS portant sur des déterminants sociaux de la santé / des thématiques et pas uniquement vers des publics spécifiques ;
  - Construire une évaluation d'impact de réduction des ISS.

[1] GUICHARD A. ; POTVIN L. (2010), Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? in « POTVIN L., MOQUET M.-J., C.M. JONES « Réduire les inégalités sociales en santé », Dossier « Santé en action », INPES Editions, p.38
[2] Extrait du Plan Régional de Santé Publique breton (PRSP) 2006-2010

2.1 Conforter la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- **Renforcer l'observation des ISS :**
  - Etudes bretonnes sur les ISS ;
  - Indicateurs ISS.

- **Développer des outils et des compétences nouvelles :**
  - Grille(s) d'objectivation, d'évaluation et de suivi des ISS à l'échelle d'un territoire ou d'un projet ;
  - Guide de pratiques à des fins de capitalisation et de diffusion ;
  - Mobiliser en interne et en externe autour des déterminants sociaux sur les ISS et de la participation de toutes les politiques publiques à la santé des populations.

- **Agir pour la réduction des ISS :**
  - Développer la convergence des politiques institutionnelles ;
  - Financer des initiatives ciblées sur les inégalités de santé dans les territoires en définissant des domaines et des priorités d'actions visant à améliorer la santé de tous et toutes, et réduire les écarts le long de l'échelle sociale par période de vie et par grands déterminants de santé ;
  - Prendre en compte les ISS dans les politiques conduites par l'ARS, dont le PRSE, ainsi que les actions engagées (« taguer ISS » les actions avec une dimension ISS) (ex : « Les semeurs de santé » dans les territoires insulaires et ruraux).

Les publics ciblés

- Grand public

Les partenaires à mobiliser

- Commissaire à la lutte contre la pauvreté
- DREETS – DDEETS / DREAL - DDTM
- Pôle Emploi
- Assurance Maladie
- CAF
- Collectivités territoriales
- Rectorat
- Acteurs de l'habitat
- IREPS
- EHESP
- Santé publique France
- CREAI
- ORS Bretagne

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ◉ Schéma Régional d'Accueil des Demandeurs d'Asile et des Réfugiés (SRADAIR) ◉ Plan régional santé environnement (PRSE4) ◉ Plan régional santé au travail (PRST) ◉ Plans départementaux d'actions pour l'hébergement et le logement des personnes défavorisées (PDAHLPD)	◉ Stratégie nationale de lutte contre les addictions (MILDECA) et plan national de lutte contre le tabagisme ◉ Mesure 7 du Ségur des inégalités ◉ Pacte des solidarités (2023) ◉ Stratégie « Ma Santé 2022 » ◉ Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » ◉ Feuille de route 2023-2028 personnes placées sous-main de justice ◉ Enfants : 1 000 jours, Assises santé enfant et pédiatrie ◉ Plan national « Priorité Prévention » ◉ Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 ◉ Plan Logement d'abord ◉ Plan national santé environnement 4

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre d'actions financées annuellement par l'ARS permettant la réduction des ISS	14	50
Nombre de sensibilisations sur les ISS aux partenaires de l'ARS	0	30

2.2 Mieux prendre en compte les effets de l'environnement sur la santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La santé humaine est déterminée à 25% par des déterminants environnementaux (qualité de l'eau, de l'air, de l'habitat, …).

Le Plan national santé environnement (PNSE) de quatrième génération, sous-titré « Un environnement, une santé », a été publié le 7 mai 2021.

Quant au PRSE4 breton (2023-2027), copiloté par la Préfecture de Région, l'ARS et le Conseil Régional, il se fonde sur les éléments suivants :

- Les contributions issues de la concertation avec la communauté santé environnement bretonne (services de l'Etat et établissements publics, associations, collectivités territoriales, chercheurs) ;
- Les obligations réglementaires (formation des professionnels de santé, qualité de l'air intérieur dans les établissements recevant du public sensible, lutte contre la faune et la flore ayant un impact potentiel sur la santé dont les espèces invasives, les vecteurs et les zoonoses) ;
- Le bilan et l'évaluation du PRSE3 ;
- Les spécificités régionales (le littoral, l'agriculture, la vulnérabilité des eaux superficielles, le radon, l'utilisation importante de la voiture individuelle, …) ;
- Le tableau de bord santé-environnement qui rassemble des indicateurs d'état des lieux ;
- Le baromètre santé-environnement 2020, une enquête téléphonique réalisée d'octobre à décembre 2020 auprès d'un échantillon de 1404 personnes. Les sujets les plus préoccupants pour les bretons sont les pesticides et le changement climatique.

Le PRSE4 a pour ambition d'intégrer l'approche « Une seule santé » (« One Health ») en œuvrant également face au changement climatique et aux inégalités de santé.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

La Préfecture de Région, l'ARS et le Conseil Régional s'engagent ensemble à porter le PRSE4 pour cinq ans, de 2023 à 2027 en déclinant 12 priorités et 24 objectifs répartis dans 3 axes :

- Axe 1) Favoriser les interactions positives entre la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes dans une approche « Une seule santé » (« One Health ») ;
- Axe 2) Développer la prise en compte de la santé-environnement dans les évolutions des territoires bretons ;
- Axe 3) Favoriser des pratiques professionnelles et des modes de vie favorables à la santé.

2.2 Mieux prendre en compte les effets de l'environnement sur la santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Priorité 1. Développer l'interconnaissance des acteurs de la santé humaine, animale, végétale et de l'environnement dans un contexte de changement climatique ;
- Priorité 2. Préserver la ressource en eau ;
- Priorité 3. Améliorer la qualité de l'air extérieur ;
- Priorité 4. Sensibiliser à l'impact des pesticides sur la santé humaine et la santé des écosystèmes ;
- Priorité 5. Améliorer la protection de la santé face aux risques sanitaires associés aux espèces animales et végétales ;
- Priorité 6. Améliorer la qualité du milieu littoral ;
- Priorité 7. Améliorer la prise en compte de la santé-environnement par les EPCI bretons ;
- Priorité 8. Améliorer la prise en compte de la santé-environnement dans l'aménagement du territoire, l'urbanisme et les mobilités ;
- Priorité 9. Faire connaître et promouvoir l'impact positif de la nature sur la santé ;
- Priorité 10. Promouvoir des environnements intérieurs favorables à la santé ;
- Priorité 11. Faciliter l'accès des bretons à une alimentation bénéfique à leur santé et leur environnement ;
- Priorité 12. Impliquer les acteurs du système de santé en santé environnement.

Les publics ciblés

- Collectivités
- Acteurs du système de santé
- Autres professionnels : distributeurs d'eau, aménageurs, professionnels du bâtiment, de l'agriculture, industriels...
- Associations
- Grand public

Les partenaires à mobiliser

- Partenaires PRSE (notamment SGAR, DREAL, CR, collectivités locales, Rectorat, DRAAF)
- Opérateurs PRSE, porteurs d'actions et accompagnant les territoires (FREDON, AEH, IREPS, URCPIE, REEB, MCE...)
- EHESP, ADEME, AELB, OFB...
- Observatoires : OEB, ORS
- Le réseau de la transition énergétique et écologique en santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☒ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Plan Ecophyto ◉ Plan régional de résilience pour l'eau ◉ Plan algues vertes ◉ Plan vélo ◉ Plan régional de santé au travail (PRST) ◉ Schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire (SRADDET)	◉ Plan national santé environnement (PNSE4) ◉ Programme national nutrition santé (PNNS) ◉ Plan national radon ◉ Plan gouvernemental eau ◉ Plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Création d'une instance intersectorielle pour initier une culture commune sur « Une seule santé » (« One Health »)	Non	Oui
Part d'EPCI ayant réalisé un diagnostic local santé-environnement	Non connue	100%
Définition d'un programme de sensibilisation des bretons à l'impact positif de la nature sur la santé physique et psychologique	Non	Oui

2.3 Renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée, saine et durable

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La nutrition est un déterminant majeur de santé. Dans une perspective de santé publique, elle intègre l'alimentation et l'activité physique. Une nutrition satisfaisante à tous les âges de la vie contribue à la préservation d'un bon état de santé. A l'inverse, une nutrition inadaptée, au sens où elle s'éloigne des recommandations, est un facteur de risque des principales maladies chroniques dont souffre la population française en ce début de 21ème siècle : obésité, maladies cardiovasculaires, cancers, diabète de type 2 ou dénutrition.

Selon la dernière étude d'Obépi-Roche, la prévalence du surpoids et de l'obésité est de 47,3% en France, dont 17% des sujets en situation d'obésité. De 1997 à aujourd'hui, la proportion d'adultes en situation d'obésité a doublé, passant de 8.5% en 1997, à 15% en 2012 et 17% en 2020. L'augmentation est encore plus marquée dans les groupes d'âge les plus jeunes et pour l'obésité morbide, dont la prévalence a été multipliée par près de sept sur la période. A noter que la Bretagne, avec une prévalence du surpoids/obésité de 16,9% se situe dans la moyenne nationale, alors qu'elle était dans les régions les moins touchées au début des années 2000.

L'obésité est un marqueur des inégalités sociales de santé ; surpoids et obésité sont plus fréquents dans les catégories sociales défavorisées (51,1% chez les ouvriers, 35% chez les cadres), et s'aggrave en période de crise.

Les coûts directs et indirects liés à l'obésité sont très élevés : une récente étude de l'OCDE chiffre le coût direct du surpoids et de l'obésité à 8,1 mds €. Le surpoids et l'obésité sont également responsables de 70 % de toutes les dépenses liées au diabète mais aussi de 23 % des dépenses cardio-vasculaires, et de 9 % de celles liés au cancer.

La dénutrition touche 2 millions de patients, dont 270000 en EHPAD et 400000 personnes âgées vivant à domicile. 4 à 10% des personnes âgées de plus de 70 ans vivant à domicile sont dénutries ; pour les personnes âgées hospitalisées, ce taux est de 50%.

En parallèle des enjeux nutritionnels, la promotion d'une alimentation de qualité, ancrée dans les territoires et en lien avec une agriculture résiliente tournée vers la transition agro-écologique est une priorité.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Améliorer les environnements pour les rendre plus favorables à la santé et faciliter les choix alimentaires ;
- Mettre en œuvre la loi EGAlim/Climat et résilience en restauration collective, notamment dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- Encourager la transition vers une alimentation durable ;
- Encourager des comportements alimentaires favorables à la santé, notamment chez les enfants et les jeunes ;
- Améliorer la prévention, le repérage et le parcours de prise de charge des personnes en surpoids ou obèses ;
- Améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge de la dénutrition.

2.3 Renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée, saine et durable

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- **Mieux manger en restauration collective** :
  - Accompagner l'ensemble du secteur de la restauration collective vers l'atteinte des objectifs de la loi EGAlim/Climat et résilience (outil Ma cantine), notamment les établissements et services médicosociaux ;
  - Déployer le programme Plaisir à la cantine dans les établissements scolaires, Nourrir ses plaisirs dans les EHPAD … ;
- **Développer l'éducation alimentaire des jeunes** :
  - Déployer des programmes probants (Programme Malin notamment) pour favoriser l'alimentation saine et équilibrée des enfants en bas âge et accompagner les familles ;
  - Développer une stratégie d'éducation alimentaire des enfants et des jeunes en milieu scolaire tout au long du parcours éducatif, et hors milieu scolaire
  - Communiquer vers les jeunes via des outils numériques
  - Promouvoir le Nutriscore … ;
- **Lutter contre la précarité alimentaire** :
  - Déployer le programme Opticourses pour accompagner les personnes en situation de précarité dans l'achat de denrées alimentaires à moindre coût favorisant une alimentation saine et équilibrée ;
  - Déployer une offre de formation des personnels des structures d'aide alimentaire (salariés et bénévoles) pour accompagner les bénéficiaires vers une alimentation saine et équilibrée… ;
- **Améliorer la prévention et la prise en charge des personnes à problématiques nutritionnelles** :
  - Renforcer le repérage, le dépistage précoce et la prise en charge des personnes en surpoids et obèses, (développer le programme MRTC pour les enfants, structurer des parcours de soins gradués et coordonnés, …), Renforcer le rôle du Centre Spécialisé Obésité (CSO) dans la prise en charge globale de l'obésité de l'adulte et de l'enfant, Développer la formation des professionnels et l'information des personnes en situation d'obésité… ;
  - Améliorer le repérage de la dénutrition et la sensibilisation du grand public, notamment via le relais en région de la semaine nationale de la dénutrition… Déployer un programme de formation des professionnels sur la dénutrition (prévention, dépistage, prise en charge) ;
- **Utiliser le levier des dispositifs territoriaux** pour déployer des actions de promotion de l'alimentation saine et durable (CLS, PAT, PCAET, CPTS, MSP…) ;
- **Mettre en place un recueil de données** pour le suivi d'indicateurs régionaux.

Les publics ciblés

- Enfants et jeunes, et leurs familles
- Personnes en situation de précarité
- Personnes en situation surpoids / obésité
- Personnes dénutries
- Personnes malades chroniques
- Professionnels de santé

Les partenaires à mobiliser

- DRAAF
- DREETS
- Education nationale
- Professionnels de santé libéraux et hospitaliers
- Collectivités territoriales
- CAPPS Bretagne

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.2 : Accompagner les transitions écologique et énergétique du système de santé ◉ Objectif 6.1 : Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes ◉ Objectif 7.1 : Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée ◉ Objectif 7.3 : Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD	◉ PNNS4/ PNNS5 ◉ SNANC, PNA3/PNA4 ◉ PNSE/PRSE4 ◉ Feuille de route obésité ◉ Stratégie nationale cancer ◉ Stratégie de lutte contre la précarité alimentaire ◉ Stratégie nationale sport-santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre d'établissements ayant bénéficié du dispositif Plaisir à la cantine		
Nombre de personnes en situation de précarité bénéficiant du programme Opticourses		
Nombre d'enfant intégrés au programme MRTC (Mission Retrouve Ton Cap)		

2.4 Renforcer la pratique de l'activité physique

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'activité physique est un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique, du maintien de l'autonomie avec l'avancée en âge et de la qualité de vie des populations à tous les âges de la vie.

L'accès à une activité physique et sportive au quotidien à tous les moments de la vie est un objectif de santé publique pour tous. La pratique d'un sport, même à intensité modérée, permet de prévenir les risques liés à la sédentarité mais aussi de lutter contre de nombreuses pathologies chroniques (obésité, hypertension artérielle) et des affections de longue durée (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète). Elle est aussi, dans ces maladies, une thérapeutique à part entière, qu'elle soit réalisée seule ou en association avec un traitement médicamenteux, qui peut être prescrite par le médecin.

Selon l'OMS, chaque année la sédentarité est à l'origine de 2 millions de décès dans le monde, plus de 600 000 décès en Europe, plus de 20 000 décès en France. C'est la 1ère cause de mortalité dans le monde devant le tabac : « Sitting is the new smoking ». La sédentarité est responsable de plus de 30% des maladies coronaires et de 20% à 25% des cancers (seins, colon, utérus, poumon). 90% des adultes sont aujourd'hui sédentaires.

Les données concernant les pratiques d'activité physique sont alarmantes, tout particulièrement pour les jeunes qui construisent leur capital santé de demain ; la moitié des enfants et des jeunes sont inactifs, avec une augmentation de ce taux selon l'âge, et un décrochage particulièrement marqué des jeunes lycéennes. En 40 ans, les enfants ont perdu 25% de leur capacité cardio-vasculaire, c'est-à-dire qu'ils courent moins vite et moins longtemps.

Pour les personnes âgées, l'activité physique ralentit les changements physiologiques liés à l'âge, améliore la santé dans ses trois dimensions physique, psychique et sociale, et contribue à la prévention des pathologies chroniques liées au grand âge. Elle joue un rôle majeur dans la prévention et le traitement de la fragilité et des risques de chutes, favorise le maintien de l'autonomie et prévient la dépendance avec l'avancée en âge.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Identifier, structurer et développer les offres d'activité physique ;
- Lutter contre la sédentarité à tous âges de la vie et dans tous les milieux de vie ;
- Sensibiliser, former et accompagner les professionnels aux APS comme outil de santé ;
- Développer l'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse ;
- Communiquer auprès du grand public sur les bienfaits de l'activité physique ;
- Amener les publics à pratiquer une activité physique ;
- Développer l'observation, la veille, et la recherche ;
- Prévenir les chutes des personnes âgées.

2.4 Renforcer la pratique de l'activité physique

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- **Poursuivre le déploiement et l'identification de l'offre d'activité physique :** offre d'activité physique adaptée (APA) à destination des malades chroniques et des personnes en situation de sédentarité (via les chartes Sport Santé Bien Être et le site internet bretagne-sport-sante.fr), nouvelle offre adaptée aux besoins et attentes des jeunes, moins compétitive, multi-activités, numérique…, environnements favorables à la mise en mouvement (accessibilité, mobilités douces…), en sensibilisant les acteurs du sport et les collectivités non encore investis sur le champ du sport-santé ;
- **Déployer le réseau des Maisons Sport-Santé** sur l'ensemble du territoire breton : mettre en œuvre la procédure d'habilitation régionale, accompagner financièrement les MSS, définir la stratégie de déploiement pour un maillage optimal du territoire ;
- **Développer une offre de formation** à destination des professionnels du sport et de l'éducation, et des professionnels de santé (sur prescription d'APA notamment, la sensibilisation au sport-santé, et à la nécessité de développer une activité physique quotidienne pour tous les publics) ;
- **Développer des actions de communication à destination du grand public** sur les bienfaits de l'activité physique, la lutte contre la sédentarité, la prescription d'activité physique, les lieux d'accueil et de pratique (campagne réseaux sociaux, temps d'information/sensibilisation, forums…) ;
- **Déployer des programmes d'APA pour les différents publics cibles :** programme ICAPS[3] pour développer l'activité physique et lutter contre la sédentarité des jeunes, programme D-marche pour les malades chroniques, APA dans les structures d'addictologie, APA pour les personnes en situation de handicap, les personnes en situation de précarité, les personnes âgées pour préserver leur autonomie (offre d'APA, prévention des chutes/ateliers équilibre), APA pour les personnes en souffrance psychique…

Les publics ciblés

- Enfants et jeunes
- Adultes
- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap
- Malades chroniques
- Personnes en situation de précarité
- Professionnels du sport et professionnels de santé
- Elus

Les partenaires à mobiliser

- Délégation régionales académiques à la jeunesse et aux sports (DRAJES)
- Rectorat
- Comité régional olympique et sportif (CROS)
- Collectivités territoriales
- Acteurs du sport, de la santé, du social

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☒ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

[3] Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 6.1 : Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes ◉ Objectif 7.1 : Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée ◉ Objectif 7.3 : Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD ◉ Objectif 7.5 : Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap ◉ Objectif 7.6 : Renforcer l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap ◉ Objectif 7.7 : Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ◉ Objectif 7.8 : Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap	◉ Programmes nationaux nutrition santé (PNNS4/PNNS5) ◉ Stratégie nationale Sport-Santé ◉ Feuille de route obésité ◉ Stratégie nationale cancer ◉ Plan vélo ◉ Jeux paralympiques 2024

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de structures chartées sport santé bien-être (SSBE)		
Nombre de maisons sport-santé	25	
Nombre de projets ICAPS déployés en Bretagne		

2.5 Prévenir les addictions avec ou sans substance

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Chaque année en France, le tabac tue 75 000 personnes et l'alcool 41 000. Ces troubles des usages constituent la première cause de mortalité évitable, dont près de 40% par cancer. Ils mobilisent fortement le système de santé et constituent un facteur d'inégalité sociale.

Les profils des consommateurs évoluent : le constat partagé est celui d'une augmentation des polyaddictions et d'une hausse sensible des comportements problématiques chez les jeunes.

Les pratiques évoluent également : drogues de synthèse, détournement d'usages, tabac non fumé …

Aux côtés des formes classiques d'addictions aux substances psychoactives, l'émergence des conduites problématiques « sans produit », dites « addictions comportementales », préoccupe les professionnels du champ de la santé, mais également de l'éducation et du champ social. Ces comportements présentent de nombreuses similarités avec les addictions aux substances psychoactives. L'accessibilité quasi universelle du support numérique exige une stratégie collective d'apprentissage raisonné et de réduction des risques.

Les inégalités sociales en santé peuvent être accentuées et entretenues par les conduites addictives : une évolution des représentations dans les pratiques professionnelles et un ajustement des stratégies de prévention pour rejoindre les publics à difficultés spécifiques doivent être proposés pour éviter la « double peine ».

L'attention portée aux déterminants des conduites addictives et l'appui sur des données scientifiques fiables, contextuelles et expérientielles actualisées participent à l'efficacité des stratégies de prévention. Ces dernières appellent une approche globale de prévention et de réduction des risques et des dommages, articulée avec l'offre de soins et d'accompagnement sur chacun des territoires.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Développer une offre de prévention adaptée aux publics cibles et aux modalités de consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, cocaïne) ou de comportement, notamment pour les publics à difficultés spécifiques ;
- Permettre à chaque territoire d'accéder à une offre de prévention adaptée à son contexte et aux besoins de sa population ;
- Développer une culture commune de prévention et de réduction des risques articulée avec l'offre de soin pour renforcer la qualité et l'impact des démarches de prévention ;
- Promouvoir les comportements protecteurs pour la personne et son entourage.

2.5 Prévenir les addictions avec ou sans substance

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Doter les enfants et les jeunes des compétences psycho-sociales nécessaires à une gestion responsable des usages ;
- Développer une stratégie de dénormalisation des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis) et des comportements (jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard…) ;
- Former au repérage des conduites problématiques pour proposer un accompagnement précoce et adapté ;
- Développer une approche systémique (famille, environnement), en renforçant le rôle-clé de la sphère familiale ;
- Renforcer le pouvoir d'agir des personnes : pair-aidance, éducation thérapeutique du patient, patients experts et associations d'entraide, aide à la parentalité ;
- Promouvoir les environnements protecteurs (professionnel, sport amateur, respect des interdits protecteurs, expositions nocives…) ;
- Mobiliser les acteurs des évènements festifs et structurer les offres de réduction des risques et des dommages (RDRD) en proposant des démarches adaptées aux publics et aux territoires.

Les publics ciblés

- Grand public
- Personnes à difficultés spécifiques : personnes en situation de précarité, de handicap (physique, mental, psychique…)
- Femmes
- Enfants-jeunes-étudiants
- Parents
- Personnes sous-main de justice
- Personnes vivant avec une maladie chronique
- Sportifs de haut niveau et amateurs

Les partenaires à mobiliser

- Professionnels de la prévention et de la RDRD
- Mouvements d'entraide, associations d'usagers, patients experts
- Education nationale, Enseignement agricole et maritime
- SPST, entreprises, fédérations professionnelles, mutuelles, CPAM/MSA
- Acteurs de la lutte contre la précarité et de l'insertion
- Professionnels de santé, CPTS, DAC
- Acteurs du milieu festif et artistique
- Associations sportives
- Elus et collectivités territoriales

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 6.1 : Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes ◉ Plan sport santé bien être ◉ Plan régional santé environnement 4	◉ Ecole promotrice de santé ◉ Sécurité routière ◉ Plan d'action de l'union européenne en matière de drogues 2021-2025 ◉ PRAPS ◉ Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives ◉ Stratégie nationale de santé ◉ Plan national d'actions radon (PAR4) et Plan national santé environnement 4 (PNSE4) ◉ Stratégie décennale de lutte contre le cancer ◉ Stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes ◉ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part des fumeurs occasionnels chez les jeunes de 17 ans (Première génération de non-fumeurs en 2032)	15%	Moins de 5% de fumeurs chez les enfants nés à partir de 2014
Nombre de jeunes vus par les CJC		
Part de 15-25 ans admis aux urgences pour ivresse aigue		

2.6 Favoriser la vie affective, sexuelle et relationnelle

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé sexuelle s'entend comme :

« ...un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués ». Il s'agit donc d'une approche globale de la santé sexuelle qui se veut positive et ne se limite pas aux seuls aspects sanitaires mais aussi environnementaux (perturbateurs endocriniens…) ; sociaux (inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins et à la prévention) et sociétaux (poids des représentations, préjugés et codes sociaux, réticence à aborder des sujets relevant de l'intimité de chacun, violences sexistes et sexuelles …).

La crise COVID a démontré que l'accès à la santé, au dépistage et la préservation des droits sexuels et reproductifs devaient être réaffirmés en :

- Donnant à chacun et à tout âge de la vie l'ensemble des informations pour faire des choix éclairés et adaptés à sa situation et ses besoins, mais aussi pour avoir une vie sexuelle satisfaisante et respectueuse d'autrui ;
- Plaçant la personne comme acteur de sa santé, en respectant ses choix ;
- Facilitant l'accès à l'offre de dépistage et de prise en charge (lisibilité, proximité, approche territoriale et populationnelle renforcée si besoin au plus près des lieux de vie des personnes) ;
- Luttant contre les discriminations et préjugés liés au sexe et au genre et toute forme de violence (sexistes et sexuelles, somatiques, psychologiques…).

L'essor du numérique est à prendre en compte tant comme un support d'information incontournable vers les publics et donc à davantage exploiter mais aussi comme un vecteur possible de mésinformation voire désinformation qui appelle notre vigilance.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Assurer la promotion de la santé sexuelle, information et formation, éducation à la sexualité dans tous les milieux et dans toutes les étapes de la vie ;
- Améliorer l'accessibilité de toutes et tous à l'offre en santé sexuelle en veillant à l'équité territoriale ;
- S'appuyer sur les connaissances pour agir.

2.6 Favoriser la vie affective, sexuelle et relationnelle

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Soutenir la mise en œuvre à l'échelle régionale et départementale de la politique nationale relative à l'EAS en milieu scolaire ;
- Favoriser le repérage et la prise en charge des personnes victimes de violences et discriminations et développer des actions de prévention des violences (violences conjugales, intrafamiliales…) ;
- Adapter les actions et outils aux spécificités des publics ;
- Contribuer à la mise en place d'actions de formation en faveur des professionnels et acteurs au contact des publics ;
- Garantir une offre lisible, accessible et coordonnée en santé sexuelle (réorganisation territoriale-rapport IGAS 2023, IVG…) ;
- Favoriser les parcours en santé sexuelle : dépistage, prise en soins, ETP, orientation selon une approche individuelle, collective et communautaire à partir des besoins des personnes en s'appuyant sur leurs compétences psychosociales ;
- Mener des actions répondant aux besoins spécifiques des publics vulnérables (personnes migrantes, LGBTQIA+, en situation de prostitution, de handicap …) ;
- En lien avec le troisième objectif :
  - Réaliser un tableau de bord des données disponibles en santé sexuelle,
  - Mener des études plus approfondies sur des sujets à déterminer selon les besoins,
  - Favoriser et évaluer les actions probantes, l'innovation et la recherche en santé sexuelle,
  - S'appuyer sur les savoirs expérientiels (santé communautaire, avis des personnes concernées, « patient –expert » …).

Les publics ciblés

- Grand public
- Public scolaire
- Publics vulnérables (personnes LGBTQIA+, migrantes, précaires, en situation de prostitution, de handicap…)
- Professionnels et intervenants exerçant auprès de ces publics

Les partenaires à mobiliser

- COREVIH
- Réseau Louis Guilloux-Pole de coordination en santé sexuelle
- Réseau Périnatalité Bretagne
- Rectorat/ DASEN
- DRDFE/ DDFE
- DREETS/DDETS
- Collectivités territoriales (Conseils départementaux/Centres de santé sexuelle- Région ; Municipalités)
- Etablissements de santé
- Etablissements de formation - Service sanitaire en santé
- EVARS
- CEGIDD

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.1 : Prévenir et contrôler les maladies infectieuses et l'antibiorésistance ◉ Objectif 2.1 : Conforter la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé ◉ Objectif 2.2 : Mieux prendre en compte les effets de l'environnement sur la santé ◉ Objectif 6.4 : Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées-PRAPS ◉ Objectif 7.8 : Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ◉ Objectif 9.4 : Conforter le rôle des usagers au sein du réseau des instances de démocratie en santé ◉ Objectif III.B : Décliner le PRS dans les territoires par le développement des relations contractuelles ◉ PRAPS	◉ La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 : Feuille de route n° 1- 2018-2020, Feuille de route n°2 – 2021-2024 ◉ Plan d'action de lutte contre les violences conjugales- Grenelle 2019 ◉ Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 / Axe 1 : Lutte contre les violences faites aux femmes et Axe 4 ◉ Textes relatifs à l'éducation à la sexualité du Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse : circulaires du 12-9-2018 (éducation à la sexualité), 29-9-2021 (pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire), 30-9-2022 (éducation à la sexualité) et de l'Académie de Rennes : décembre 2022 (volet santé du comité académique d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement) ◉ Plan national d'actions pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti LGBTQIA+- Dilcrah- 2023-2026

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de recours à l'IVG	Taux brut 2021 : 11,9 pour 1 000 femmes 15-49 ans	Diminution
Nombre de séropositivités VIH découvertes	78 en 2021	0 en 2030
Nombre de personnes victimes de violences prises en charge		

2.7 Maintenir la mobilisation sur la prévention du suicide

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Bien que le taux de suicide soit en baisse constante depuis 2002, la France présente le nombre de décès de ce type le plus élevé en Europe (14 suicides pour 100 000 hab. soit 9 000 décès par an).

La prévention du suicide est un axe prioritaire de la politique régionale de santé mentale, la population Bretonne présentant les taux de mortalité par suicide les plus élevés de France (21.8 suicides pour 100 000 hab.). Ce sont 2 décès par suicide et 20 tentatives de suicide qui ont lieu tous les jours en Bretagne, ce qui représente environ 700 décès et 7 000 tentatives de suicide tous les ans.

La crise sanitaire a joué un rôle amplificateur des problèmes de santé mentale, en particulier pour les jeunes, pour lesquels sont observés une augmentation marquée des troubles anxieux et dépressifs ainsi que des idées suicidaires et des passages à l'acte. Cela conforte la nécessité de porter une attention soutenue à cette problématique de santé, en grande partie évitable.

Au cours du PRS 2, l'approche de prévention du suicide a fortement évoluée en faveur d'une stratégie nationale multimodale, proposant la mise en œuvre sur les territoires d'un ensemble de cinq actions intégrées de prévention du suicide :

1 - Le maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide ;
2 - Des formations au repérage, à l'évaluation/orientation et à l'intervention de crise auprès des personnes en crise suicidaire ;
3 - Des actions ciblées pour lutter contre la contagion suicidaire ;
4- La mise en place du numéro national de prévention du suicide, le 3114 ;
5 - L'information du public.

L'enjeu sera de maintenir une forte mobilisation des acteurs :

- Pour mettre en œuvre de façon articulée sur les territoires un ensemble d'actions qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- Mais aussi d'organiser l'ancrage de ces actions à la politique plus globale de santé mentale, notamment en élargissant plus fortement le périmètre d'actions aux acteurs du soin primaire et de l'accompagnement médicosocial.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Mettre en œuvre de façon intégrée et simultanée sur les territoires les 5 actions de la stratégie de prévention du suicide, en associant des interventions de portée universelle (qui concerne la population générale), sélective (qui concerne les groupes à risque) et ciblée (qui concerne les personnes déjà touchées) ;
- Renforcer l'articulation de la prévention du suicide à la politique territoriale de santé mentale (Projets territoriaux de santé mentale, Conseils locaux de santé mentale, Dispositifs d'appui à la coordination…) ;
- Collaborer avec les praticiens en médecine générale dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions de prévention du suicide ;
- Faciliter les collaborations interministérielles (Ministère de l'agriculture, Ministère de l'éducation nationale, administration pénitentiaire...) visant à déployer la stratégie régionale de prévention du suicide.

2.7 Maintenir la mobilisation sur la prévention du suicide

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Au sein de l'action « Formation », finaliser les expérimentations des dispositifs soutenants des sentinelles (volontaires pour repérer et orienter des personnes présentant un risque suicidaire) pour identifier un modèle de déploiement ;
- Développer les actions de prévention de la contagion suicidaire. A titre d'illustration : Accompagnement des proches endeuillés, actions sur les « hot spot » (lieu identifié de passage à l'acte suicidaire), traitement de l'information dans les médias ;
- Améliorer la mise à disposition des médecins généralistes d'un accès simplifié à des compétences en prévention du suicide et à des ressources et/ou dispositifs de prévention du suicide des territoires pour une réponse adaptée, rapide et de proximité ;
- Soutenir la formation des médecins généralistes au repérage et prise en charge de la dépression et du risque suicidaire ;
- Faciliter les articulations entre les 5 actions de la stratégie et les dispositifs connexes afin d'en améliorer l'efficacité
(ex : SAS psy/3114/VigilanS).

Les publics ciblés

- Grand public
- Personnes en situation de souffrance psychique
- Personnes ayant fait une tentative de suicide

Les partenaires à mobiliser

- Coordonnateurs impliqués dans la mise en œuvre des axes de la stratégie (3114, Vigilans, formation de formateur, projet de post-vention)
- Associations (Sos amitié, ligne d'écoute…)
- Chefs de projet et coordonnateurs PTSM, coordonnateurs CLSM, professionnels des soins primaires, de la psychiatrie et de l'offre hospitalière MCO, de l'offre sociale et médicosociale, de la prévention
- Partenaires impliqués dans les démarches interministérielles (DISP, DAP, Education nationale…)

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 5.1 : Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale, ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes, ◉ Plan régional santé au travail	◉ Feuille de route nationale de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie ◉ Stratégie nationale de prévention du suicide (SNPS) ◉ Feuille de route nationale pour la prévention du mal-être et l'accompagnement des agriculteurs en difficulté ◉ Feuille de route nationale issue des assises de la pédiatrie *(à venir)* ◉ Feuille de route nationale sur la santé des personnes placées sous-main de Justice

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de décès par suicide		Diminuer de 2 points d'ici 2030
Taux de patients hospitalisés pour tentative de suicide, pris en charge par VigilanS	29%	
Nombre de formateurs régionaux actifs formés aux trois modules	26	

2.8 Soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les professionnels de santé ont un rôle central dans l'effort collectif qui doit conduire au « virage préventif » nécessaire à notre système de santé. Ils contribuent à donner aux bretons les moyens d'être acteurs de leur santé, à tout âge. Ils peuvent agir pour aider leurs patients à améliorer leur environnement, leurs habitudes de vie (alimentation, activité physique, consommation d'alcool, tabac…), et adopter des pratiques favorables à leur santé (vaccination, dépistage, …) selon les recommandations en vigueur. Ils peuvent aussi, via l'éducation thérapeutique du patient (ETP), aider les personnes concernées par une maladie chronique à améliorer leur qualité de vie.

Au-delà des actions individuelles, les professionnels de santé peuvent participer à la mise en œuvre d'actions collectives visant à promouvoir les environnements et les comportements favorables à la santé, et prévenir ainsi l'apparition ou l'aggravation de pathologies.

Ces actions de prévention et promotion de la santé (PPS) doivent répondre aux principes suivants : s'appuyer sur des fondements probants, viser à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, prendre en compte les environnements et conditions de vie des personnes, impliquer l'ensemble des acteurs concernés, rechercher la participation des populations, s'inscrire dans la durée et permettre de donner aux personnes les moyens d'agir pour améliorer leur bien-être et leur qualité de vie.

La PPS couvre des sujets très divers, dont la santé environnement, les acteurs impliqués sont nombreux et les actions de PPS peuvent prendre différentes formes, nécessitant une méthode adaptée. Le rôle des professionnels de santé et leurs moyens d'agir sont également variables. Pour conforter leur démarche de santé publique, ils peuvent avoir besoin de soutien méthodologique, financier, partenarial, de formation…

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Informer et sensibiliser de manière efficace les professionnels de santé sur les actualités et recommandations en matière de PPS, pour renforcer leur action en prévention auprès de la population ;
- Aider les professionnels de santé à connaître et s'approprier les ressources de PPS existantes sur leur territoire, pour en faciliter la mise en œuvre ;
- Développer et soutenir l'offre de formation visant à faciliter la réalisation d'actions de prévention par les professionnels de santé ;
- Accompagner, sur le plan méthodologique et financier, les professionnels de santé qui souhaitent porter des projets de PPS et en particulier les structures d'exercice coordonné ;
- Augmenter le nombre de patients bénéficiant d'éducation thérapeutique (ETP) dans leur parcours de soins dans une approche territoriale en faveur de l'articulation ville-hôpital-associations de patient.

2.8 Soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Faire connaître les dispositifs et acteurs relais en matière de prévention : les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI), le centre régional de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE), les dispositifs sport-santé, le centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), plateformes d'ETP…
- Intensifier la réalisation d'actions de PPS par les étudiants en formation de santé dans le cadre du service sanitaire (SSES) ;
- Conforter l'offre de formation autour de priorités annuelles concertées (ex : dépistage et à la prévention des pathologies environnementales, au repérage des patients à risque de cancer de la peau, au dépistage précoce du mélanome, violences faites aux femmes, à la primo-prescription et suivi de la prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP) et à l'acquisition de la posture éducative…) ;
- Encourager l'implication des professionnels de santé dans les campagnes nationales de prévention : *octobre rose*, *mars bleu*, semaine de prévention des cancers de la peau, semaine de la vaccination, semaine de la dénutrition, semaine de la santé sexuelle, *mois sans tabac* et journée européenne du radon ;
- Identifier et activer des leviers visant à conforter la réalisation par les professionnels de santé des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent, des entretiens prénataux précoces et des consultations de prévention à 25, 45, 65 ans ;
- Renforcer l'animation régionale de la politique vaccinale pour mobiliser tous les professionnels de santé autour de l'application des recommandations vaccinales en vigueur, avec une priorité sur la vaccination contre les infections à papillomavirus humains ;
- Développer l'essaimage des programmes ETP pour en favoriser le déploiement notamment auprès des structures d'exercice coordonnée (MSP, centre santé communautaire, CPTS) ;
- Poursuivre et développer des projets ETP territoriaux et partenariaux dans une logique de parcours des patients sur les territoires ;
- Soutenir les hôpitaux de proximité dans leur mission de prévention et promotion de la santé, en complémentarité avec l'offre de soin de proximité disponible au niveau du territoire.

Les publics ciblés

- Les professionnels de santé
- Les professionnels du médico-social

Les partenaires à mobiliser

- Assurance Maladie
- URPS
- Associations d'accompagnement des structures d'exercice coordonné (GECOLIB et ESSOR)
- Rectorat dont la santé scolaire
- PMI
- Centres publics de vaccination
- CRCDC Bretagne
- CRPPE Bretagne
- DAC
- Associations ressources en PPS (IREPS, AAF, Capt'Air, Approche EcoHabitat …)
- Fédérations hospitalières et médico-sociales
- Associations de patients
- Instituts de formation en santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2.1 à 2.7 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectif 4.4 : Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en ville ◉ Objectif 6.4 : Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS) ◉ Objectif 8.6 : Accompagner le développement de l'innovation et la structuration de la recherche en santé ◉ Objectif 9.2 : Soutenir le partenariat en santé	◉ Stratégie décennale de lutte contre les cancers ◉ Plans nationaux nutrition santé (PNNS4/ PNNS5) ◉ Stratégie nationale alimentation, nutrition, climat (SNANC) ◉ Programmes nationaux pour l'alimentation (PNA3/PNA4) ◉ Stratégie nationale sport-santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de couverture vaccinal HPV chez les garçons et les filles (schéma 2 doses à 16 ans)	♂ 12 % / ♀ 53 % (2022)	80% (2030)
File active globale de patients du CRPPE Bretagne	1 297 (2021)	Augmentation
Nombre de personnes ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif personnalisé dans le cadre d'un programme ETP		

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

3. Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé



3.1 Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La détermination des capacités de formation répond à deux enjeux principaux : anticiper le nombre nécessaire de professionnels de santé permettant de répondre aux besoins de santé de la population et contribuer à une meilleure répartition de ces professionnels sur le territoire régional, quels que soient leur lieu et leur mode d'exercice.

Le premier enjeu demande de prendre en compte l'évolution des besoins de santé, avec notamment le vieillissement de la population, l'évolution des maladies chroniques, la recherche du maintien à domicile, … mais également les perspectives démographiques des professionnels de santé, l'évolution des métiers, des organisations, des pratiques et des technologies.

Le second enjeu demande que l'offre et l'organisation des formations poursuivent leur ancrage dans les territoires Cela se décline à la fois par le recrutement en proximité avec la création d'antennes pour les formations médicales et/ou de nouveaux instituts/écoles pour les formations paramédicales, et par une répartition équilibrée des étudiants en stage, en renforçant les territoires et structures les plus en difficultés.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Mettre en cohérence le nombre de professionnels de santé formés et les besoins de santé de la population ;
- Déployer la territorialisation des formations médicales et paramédicales.

3.1 Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Accompagner les UFR dans la mise en œuvre des objectifs nationaux pluriannuels pour les professions médicales ;
- Adapter les postes ouverts aux épreuves classantes nationales (ECN) pour répondre à l'évolution de la démographie médicale des territoires des subdivisions ;
- Augmenter les capacités de formations paramédicales identifiées comme en difficulté ;
- Déployer la maîtrise de stage universitaire sur l'ensemble du territoire et expérimenter l'inter-professionnalité en développant l'accueil des terrains de stage en médecine de spécialité en ville ;
- Promouvoir la mise en œuvre des postes universitaires dans les établissements périphériques avec la création de postes d'Assistants universitaires de médecine générale (AUMG) et de professeurs associés universitaire sur le territoire ;
- Accompagner les UFR et écoles dans les évolutions de maquettes de formation ;
- Accompagner l'installation des signataires des Contrats d'Engagement de Service Public ;
- Rapprocher l'offre de formation à la proximité des territoires en déployant des antennes de formation.

Les publics ciblés

- Elèves, étudiants et internes
- Unités de formation et de Recherche (UFR) de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique
- Instituts de Formation
- Ecoles de sage-femme

Les partenaires à mobiliser

- Conseil Régional
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)
- Instituts de formation
- Fédérations hospitalières et médico-sociales
- Ordres
- Unions régionales des professionnels de santé (URPS)

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.2 : Accompagner la réingénierie et les parcours des formations en santé ◉ Objectif 3.3 : Conforter et renforcer la démographie des professionnels de santé dans les territoires déficitaires et les établissements en difficulté ◉ Objectif 5.4 : Consolider la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-vasculaire ◉ Partie II - Zonages - Formation des biologistes (médecins et pharmaciens) ◉ Contrat d'engagement du service public : CESP	◉ Stratégie nationale de santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Augmentation de la capacité de formation d'un métier en tension : la formation de Manipulateur en Electroradiologie médicale sur la région (DE + DTS)	68	88 (+20 places)
Nombre d'étudiants de médecine en 3ème cycle effectuant un stage en Bretagne dans un établissement de santé en dehors des CHU de Rennes et Brest au 1er janvier de l'année	768 (47 %)	845 (+10 %)
Nombre annuel d'étudiants inscrits en PASS dans une antenne universitaire de la région		

3.2 Accompagner la réingénierie et les parcours des formations en santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

En lien avec l'attractivité des métiers, l'un des enjeux de l'accompagnement à l'évolution des programmes et parcours de formation est de garantir la qualité de la formation paramédicale et médicale, pour maintenir la complétude des promotions de la sélection à la diplomation et faciliter l'insertion professionnelle des étudiants et élèves sur le territoire breton.

Dans le respect du principe d'équité, faciliter l'accès à la formation initiale et continue est un second enjeu, qui, en concordance avec les réingénieries nationales des maquettes de formation et des sélections d'entrée, passe notamment par la valorisation des reconversions professionnelles vers les métiers de la santé et la mise en œuvre de passerelles entre formations.

Enfin, le contenu des formations et les outils pédagogiques utiles à leur enseignement doivent répondre à un troisième enjeu qui est celui d'être en cohérence avec les évolutions du système de santé, en prenant ainsi en compte le développement de l'inter-professionnalité, l'évolution des compétences et des techniques, les nouveaux métiers.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Promouvoir et accompagner la diversification des parcours de formation ;
- Promouvoir l'attractivité et l'accessibilité des formations en santé.

3.2 Accompagner la réingénierie et les parcours des formations en santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Encourager et accompagner le déploiement de la formation en santé par la voie de l'alternance (apprentissage et contrat de professionnalisation) ;
- Valoriser les parcours individualisés à travers les passerelles entre formations médicales et paramédicales et entre elles, et développer la Validation des Acquis par l'Expérience ;
- Accompagner l'évolution et le développement des compétences tout au long de la vie professionnelle ;
- Déployer et valoriser la fonction de tutorat/mentorat des maîtres et tuteurs dans le cadre des stages et de l'apprentissage permettant de renforcer la transmission des savoirs et savoir-faire ;
- Accompagner les structures dans l'amélioration des conditions d'accueil des étudiants en stage et déployer un outil de partage de recensement des terrains de stage et d'évaluation de ceux-ci ;
- Mettre en œuvre et accompagner les projets pédagogiques innovants des instituts de formations paramédicales et facultés, favorisant notamment l'inter-professionnalité ;
- Déployer et accompagner l'universitarisation des formations paramédicales ;
- Soutenir les actions et prestations participant au bien-être des étudiants et prévenir les ruptures de parcours de formation ;
- Encourager et faciliter l'accueil des étudiants en situation de handicap au sein des instituts et Universités.

Les publics ciblés

- Elèves, étudiants, internes et alternants
- Instituts de formation, écoles
- Unités de Formation et de Recherche de Médecine, Pharmacie, Odontologie et Maïeutique
- Employeurs

Les partenaires à mobiliser

- Instituts de formation et UFR Santé
- DREETS
- Conseil Régional
- CFA
- Fédérations professionnelles des employeurs

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population ◉ Objectif 3.3 : Conforter et renforcer la démographie des professionnels de ville dans les territoires déficitaires et les établissements en difficulté ◉ Objectif 4.2 : Améliorer la réponse aux besoins de transports sanitaires ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé	◉ Objectif national de recrutement d'apprentis dans la fonction publique hospitalière ◉ Stratégie Nationale en Santé 2018-2022 : Objectif d'adapter la formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médicaux sociaux (service sanitaire en santé, universitarisation des formations paramédicales, développement des offres de stages en ambulatoires au cours des études médicales, …)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Apprentissage : évolution du nombre de places ouvertes à l'apprentissage au sein des établissements paramédicaux bretons	402	+ 10 % soit 440 places
Bien être des étudiants : Taux d'abandon définitifs des étudiants infirmiers	1,53 %	Maintien
Universitarisation : Part des étudiants intégrant la 2ème année du 1er cycle de médecine/maïeutique/odontologie/pharmacie/soins infirmiers venant d'une filière LAS	264	Augmentation

3.3 Conforter et renforcer la démographie des professionnels dans les territoires déficitaires

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Si la Bretagne est une des régions les mieux situées sur le plan de la démographie des professionnels de santé, il n'en demeure pas moins que des inégalités territoriales demeurent, que ce soit en terme de temps d'accès aux soins ou de délai de prise en charge.

Ces inégalités touchent des professions médicales comme des professions para-médicales.

Les causes sont multiples -densité, répartition, organisation, compétences, économiques, attractivité des territoires- et influent directement sur les conditions d'accès et de dispensation des soins de la population.

Actionner les leviers pour renforcer la démographie et améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé en fonction des besoins de santé de la population participe ainsi à la réduction des inégalités d'accès aux soins, permet de maintenir les professionnels de santé de 1er et de 2ième recours comme porte d'entrée dans le système de santé, de contribuer à la gradation des soins et à l'optimisation des parcours.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Identifier les territoires en situation de fragilité et anticiper les besoins au regard des perspectives démographiques ;
- Elaborer et déployer les politiques en faveur d'une meilleure répartition des professionnels de santé ;
- Faciliter et accompagner l'installation et les différents modes d'exercice des professionnels de santé ;
- Prendre en compte les nouveaux métiers, les nouvelles missions et renforcer les coopérations interprofessionnelles dans le but de valoriser les compétences et d'optimiser le temps des soignants.

3.3 Conforter et renforcer la démographie des professionnels dans les territoires déficitaires

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Réviser les zonages des professions médicales et paramédicales dans le respect des évolutions réglementaires et conventionnelles ;
- Identifier les spécialités médicales et para-médicales en tension (temps d'accès, délai de prise en charge…) et les leviers d'amélioration pour chacune des professions ;
- Promouvoir, poursuivre le déploiement et innover sur les dispositifs incitatifs à l'installation et/ou en soutien de l'exercice professionnel ;
- Soutenir les différents modes d'exercice des professionnels de santé, libéral, salarié, mixte, exclusif en ville ou partagé entre l'ambulatoire et les structures hospitalières et médico-sociales.

Les publics ciblés

- Les professionnels de santé 1er et 2nd recours
- Les structures d'exercice coordonné
- Les établissements de santé
- Les usagers
- Les étudiants

Les partenaires à mobiliser

- Les Facultés
- Les collectivités
- Les conseils départementaux
- Le conseil régional
- L'Assurance Maladie
- Les URPS
- Les Conseils de l'Ordre
- Les Fédérations sanitaires et médico-sociales

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé
☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement	
☐ Autre	

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population ◉ Objectif 3.2 : Accompagner la réingénierie et les parcours des formations en santé ◉ Objectif 3.4 : Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé ◉ Objectif 4.1 : Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en ville ◉ Objectif 6.4 : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)	◉ Conseil national de la refondation santé ◉ Mesures Ségur de la santé ◉ Stratégie nationale de la santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part des contrats incitatifs rompus pendant la durée contractuelle	Sans objet	10 %
Part des professionnels de santé libéraux ayant maintenu leur exercice dans une zone déficitaire 2 ans après la fin d'un contrat incitatif	Sans objet	90 %
Pourcentage de zonages des professions de santé de soins de proximité ayant été actualisés au cours du PRS	Sans objet	100 %

3.4 Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'offre médicale est aujourd'hui insuffisante. Elle entraine une difficulté d'accès aux soins pour certains bretons.

La réduction des délais de prise en charge et l'optimisation du temps de chaque professionnel de santé sont essentielles. De fait, il convient d'accompagner les nouveaux métiers et les nouvelles pratiques/compétences.

De même, il est important de promouvoir les métiers du soin et de l'accompagnement. Aussi, outre la nécessité de former davantage de médecins, il est nécessaire d'augmenter le nombre d'assistants médicaux et d'accélérer le déploiement des infirmiers de pratiques avancées sur les territoires afin de pallier ces difficultés d'accès aux soins.

Enfin, le déploiement de « nouveaux métiers » (coordonnateurs de parcours, coordonnateurs des MSP/CDS/CPTS etc…) est à encourager, ainsi que l'accompagnement des innovations organisationnelles qui pourront être nécessaires (outils numérique, plateforme, dématérialisation…).

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Accompagner les nouveaux métiers : infirmier de pratiques avancées (IPA), action de santé libérale en équipe (ASALEE), assistants médicaux… ;
- Accompagner les nouvelles missions et compétences : refonte du métier d'infirmier, pharmacien correspondant, auxiliaire de vie et aide-soignant… ;
- Poursuivre le développement des protocoles de coopération et accompagner les équipes ;
- Libérer du temps médical pour mieux prendre en charge les patients.

3.4 Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Accélérer l'accompagnement des IPA en libéral et en établissements de santé et médico-sociaux (formation, installation, soutien de l'association régionale représentant des IPA, appel à manifestation d'intérêt…) ;
- Renforcer les actions de promotion et de sensibilisation auprès des professionnels de santé médicaux/paramédicaux et des structures d'exercice coordonné sur les nouveaux métiers et les nouvelles organisations ;
- Favoriser l'adhésion des professionnels de santé aux protocoles de coopération existants et les accompagner dans l'élaboration de nouveaux protocoles en s'appuyant sur des diagnostics territoriaux et en levant les freins auprès de chaque profession ;
- Mobiliser les opérateurs de la formation afin d'accompagner l'évolution des métiers ;
- Soutenir le dispositif d'Orientation dans le Système de Soins (OSYS).

Les publics ciblés

- Les professionnels de santé en emploi salarié ou libéral
- Les personnes en reconversion professionnelle
- Les jeunes et étudiants
- Les professionnels de santé de 1er et 2nd recours
- Les structures d'exercice coordonné
- Les usagers

Les partenaires à mobiliser

- Les opérateurs de la formation (ANFH, OPCO Santé, UNIFORMATION)
- Les établissements et services/ fédérations sanitaires et médico-sociales
- Conseil régional
- Rectorat
- Pôle emploi
- GCS e-Santé
- GECOLIB, ESSORT
- URPS
- Conseils de l'ordre
- Les facultés
- L'association régionale IPA
- Les partenaires institutionnels

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population ◉ Objectif 3.3 : Conforter et renforcer la démographie des professionnels de ville et les établissements en difficulté ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives organisationnelles favorables à la QVCT des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 4.4 : Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en ville ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.3 : Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé	◉ Conseil national de la refondation santé ◉ Mesures Ségur de la santé ◉ Stratégie nationale de la santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre d'assistants médicaux, dont exerçant en ZIP ou ZAR ou ZAC		
Part des infirmiers récemment diplômés (année précédente) et exerçant en tant qu'IPA quel que soit son mode d'exercice (libéral, salarié, établissement de santé et médico-social)		100%
Nombre de protocoles locaux de coopération en ville et en établissements de santé	En 2022 : 2	Fin 2025 : 5 Fin 2028 : 15

3.5 Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissements et services

Les enjeux : Pourquoi agir ?

D'importantes difficultés de recrutement sur les métiers du soin et de l'accompagnement existent. Elles sont liées d'une part à une image dégradée et une perception de métiers peu reconnus ou contraignants, et d'autre part à un contexte de concurrence entre les secteurs d'activités.

La fidélisation des professionnels qui sont en poste s'avère problématique : départs prématurés au regard des contraintes, turn-over des professionnels en augmentation, choix pour certains professionnels de conclure des contrats à durée déterminée… L'un des leviers pour conserver les praticiens est l'accompagnement des parcours professionnels.

Ces difficultés de recrutements et de fidélisation des soignants s'inscrivent dans un contexte de « besoins en santé » qui augmente au regard du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques.

Il y a donc un enjeu majeur au niveau des ressources humaines, clé de voute du système de santé, à garantir l'offre de soins, la prise en charge des patients et des résidents dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Des besoins complémentaires pourront également être constatés en lien avec les nouvelles autorisations d'activité qui pourront être données.

L'enjeu sera d'une part de mettre en place les conditions de leur mise en œuvre intégrée et simultanée sur les territoires, et d'autre part de favoriser l'ancrage de cette stratégie à la politique plus globale de santé mentale.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Favoriser les recrutements sur les métiers du soin et de l'accompagnement ;
- Réduire le nombre de postes vacants et limiter le recours à l'intérim en agissant sur l'attractivité des établissements et services ;
- Coordonner l'action de l'ensemble des acteurs et mobiliser l'ensemble des leviers pour renforcer l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement.

3.5 Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissements et services

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Mieux informer et communiquer sur les métiers du soin et de l'accompagnement (campagnes régulières, multi cibles, portes ouvertes au sein des établissements, accueil de stagiaires et nouveaux arrivants…) ;
- Mobiliser l'ensemble des acteurs dans leur champ de compétences respectives pour renforcer l'attractivité des métiers du soin via la gouvernance Ressources Humaines régionale et les actions portées au niveau des départements (plan d'actions départementaux et recrutement dans chaque département d'un chargé de mission appui RH auprès des établissements et services) ;
- Accompagner les établissements pour leur donner le moyen d'agir (actions spécifiques management, marque employeur – Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et attractivité du métier d'aide-soignant) ;
- Accompagner le déploiement d'une dynamique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences (GPEC notamment territoriale) ;
- Accompagner la montée en compétences via des parcours qualifiants (notamment aide-soignant) y compris par le biais de l'apprentissage ; développer les formations croisées entre les secteurs sanitaires et médico-social ;
- Pour les établissements relevant de la Fonction Publique Hospitalière, accompagner le déploiement du pilier 1 du Ségur de la Santé (sécurisation des organisations et environnements de travail) et l'évolution de la gouvernance (pilier 3 du Ségur de la santé).

Les publics ciblés

- Les collégiens /lycéens (phase orientation)
- Les personnes en reconversion professionnelle
- Les professionnels de santé en exercice
- Les établissements sanitaires et médico-sociaux (employeurs)

Les partenaires à mobiliser

- Les partenaires de la gouvernance régionale ressources humaines : Conseil Régional, DREETS, Rectorat, Direction Régionale de Pôle emploi, représentant des fédérations sanitaires et médico-sociales, représentants d'employeurs, OPCO Santé, ANFH et CNFPT
- Les partenaires à l'échelle des départements/territoires : conseils départementaux, DEETS, Pôle emploi instituts de formation, directeurs d'établissements, les élus…

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.4 : Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 8.4 : Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé	◉ Circulaire du 12 décembre 2021 relative au recrutement en urgence sur les métiers du soin et de l'accompagnement ◉ Mesures Ségur volet RH pour les établissements relevant de la Fonction publique Hospitalière (pilier 1 et pilier 3)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Evolution de la part des établissements de santé et médico-sociaux ayant un taux de turn-over important (> à 10%) dans l'année		Diminution
Evolution du nombre de postes vacants dans les établissements de santé et médico-sociaux (personnel médical et non médical)		Diminution

3.6 Soutenir les initiatives organisationnelles favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de la santé et du médico-social

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les démarches visant à développer la qualité de vie et les conditions de travail QVCT permettent d'agir en faveur des professionnels. Garantir de bonnes conditions d'exercice a un impact sur la performance de la structure et sur la qualité des prises en charge.

Le sens donné au travail et la reconnaissance sont également des vecteurs d'engagement pour les professionnels de la santé. Or ceux-ci expriment des difficultés sur ces notions.

Il est donc nécessaire de se mobiliser et donner les moyens de s'adapter aux évolutions des métiers, des organisations et des nouvelles attentes de salariés notamment en terme de management.

Outre les actions en lien avec la prévention des risques professionnels, il convient également d'agir en soutenant les actions t les projets qui visent à conforter les professionnels dans leur exercice.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail (QVCT) des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice ;
- Accompagner l'évolution des organisations (innovation numérique, management…) ;
- Agir en faveur de la prévention en santé des professionnels ;
- Améliorer la conciliation vie professionnelle et vie privée ;
- Prendre soins des soignants et de ceux qui prennent soin.

3.6 Soutenir les initiatives organisationnelles favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de la santé et du médico-social

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Poursuivre l'accompagnement des établissements de santé et médico-sociaux au titre de la prévention des risques professionnels, l'amélioration des conditions de travail et QVT (prévention des Troubles Musculo-squelettiques, Risques Psycho-sociaux, analyse de la pratique, accompagnement au déploiement d'une démarche QVT, lutte contre le harcèlement sexuel, formation agressivité et communication, équipements en rails de transferts…) notamment dans le cadre des travaux menés via le Plan Régional Santé au Travail avec des actions spécifiques en direction des professionnels du secteur sanitaire et médico-social ;
- Poursuivre des démarches d'accompagnement d'établissements par l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) Bretagne via notamment les ACIA (actions collectives innovantes et apprenantes, QVT et Management, QVT et numérique…) ;
- Encourager la formation des managers à la QVCT ;
- Déployer des actions de prévention et de prise en charge des personnels de la santé et des étudiants en santé via notamment l'association nationale Soins aux Professionnels de santé (CPOM 2023) ;
- Accompagner le déploiement des dispositifs de conciliation et de médiation.

Les publics ciblés

- Les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice (salariés, libéraux)
- Les étudiants en santé

Les partenaires à mobiliser

- Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT)
- CREAI
- CARSAT
- DREETS
- Groupe de travail mis en place dans le cadre du PRST et visant à mener des actions spécifiques en direction des professionnels de santé (médecins du travail, psychologues du travail, DREETS, CARSAT, ARACT…)

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.2 : Accompagner les transitions écologique et énergétique du système de santé ◉ Objectif 3.4 : Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé ◉ Objectif 3.5 : Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissements et services ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social (Plan régional santé au travail 2022) ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.2 : Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance et lutte contre la maltraitance ◉ Objectif 9.2 : Soutenir le partenariat	◉ Stratégie nationale QVT lancée en décembre 2016 par la Ministre de la santé ◉ Stratégie nationale de santé (2018-2022) « Prendre soins de ceux qui nous soignent » ◉ Observatoire national de la QVT installé en juillet 2018

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Pourcentage d'établissements de santé et établissements et services médico-sociaux accompagnés financièrement au titre de la prévention des risques professionnelles et de la QVCT au cours du PRS		100% des établissements qui ont sollicité un accompagnement financier de l'ARS au cours du PRS
Taux d'absentéisme pour motif accident du travail et maladies professionnelles dans les établissements de santé et médico-sociaux		Diminution
Evolution du nombre de professionnels de santé qui participent à des manifestations organisées par Soins aux Professionnels de santé avec le soutien de l'ARS	Participants en 2022	Augmentation à 100 professionnels/étudiants en santé par an

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

4. Garantir l'accès à une offre de soins et d'accompagnement adaptée sur les territoires



4.1 Consolider la réponse aux besoins de soins non programmés

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'activité de soins primaires non programmés et celle des structures de médecine d'urgence connaissent une croissance continue, avec des difficultés dans l'accès aux soins et/ou les délais de prise en charge. Les raisons de cette situation sont multiples et varient d'un territoire à l'autre : besoin de soins avec une exigence d'immédiateté, une offre de ville qui se fragilise, une saturation des établissements de santé et des tensions sur les ressources humaines, un accès non régulé et inapproprié aux services d'urgence qui participe aux dysfonctionnements du service de soins.

Un constat est également partagé sur les difficultés à comprendre et à s'orienter dans le système de soins. Malgré de nombreuses initiatives, les patients ne disposent pas toujours d'informations claires, lisibles et compréhensibles sur l'offre de soins urgents et non programmés.

La consolidation de la réponse aux besoins de soins non programmés doit ainsi répondre à deux enjeux majeurs :

- Garantir un accès à des soins non programmés urgents et non urgents à la population, à tout moment et au plus près de son domicile ;
- Veiller à ce que les usagers s'orientent vers le bon niveau de recours en fonction de leur besoin.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Structurer la prise en charge des soins non programmés non urgents en journée au plus près des patients ;
- Conforter l'organisation de la prise en charge des soins non programmés non urgents en période de permanence des soins ;
- Organiser une réponse appropriée au besoin de soins non programmés urgents et non urgents en s'appuyant sur une articulation ville-hôpital graduée et organisée au niveau territorial, régional voire inter-régional dans une logique de fluidité du parcours patient ;
- Aider la population à se repérer dans le système de santé et accéder au bon niveau de soins selon le caractère urgent ou non urgent de leur besoin.

4.1 Consolider la réponse aux besoins de soins non programmés

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Prendre appui sur les initiatives des acteurs de terrain, en particulier sur les CPTS, pour mettre en place des organisations permettant de répondre aux besoins de soins non programmés à l'échelle de leur territoire ;
- Accompagner le déploiement et le fonctionnement des services d'accès aux soins (SAS) en veillant à une réponse adaptée en régulation (mise en place d'une politique qualité dans ces services) et en effection (notamment sur l'articulation avec les organisations locales permettant la prise en charge des soins non programmés) ;
- Accompagner les évolutions de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire breton ;
- Expérimenter des organisations innovantes reposant sur les professionnels médicaux et paramédicaux, pour réduire les temps d'intervention et optimiser les ressources ;
- Accompagner les évolutions organisationnelles des services d'urgence et soutenir les coopérations territoriales pour la prise en charge des urgences ;
- Augmenter le nombre de professionnels de santé correspondant SAMU ;
- Pérenniser l'expérimentation du dispositif de régulation des soins dentaires.

Les publics ciblés

- Les professionnels de santé de 1er et 2ème recours
- Les structures et organisations pluri-professionnelles (MSP, CDS, CPTS)
- Les établissements de santé hospitaliers
- Les établissements et services médico-sociaux
- Les usagers

Les partenaires à mobiliser

- Les représentants des professionnels : URPS, Fédérations hospitalières, Fédérations médico-sociales et sociales
- Les partenaires institutionnels : Assurance-Maladie, Préfecture
- Les collectivités territoriales : Région, Départements, EPCI, Communes …
- Etablissements de santé siège de SAMU – Centre 15 - CESU
- Les associations de permanences des soins
- Les associations de transports des services d'urgences
- Les Ordres professionnels
- Etablissements de santé siège d'une autorisation de médecine d'urgence
- Personnels hospitaliers concourent à l'aide médicale urgente
- SAMU – SAS
- MSP, CPTS / MMG
- Représentant des MCS

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement

☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.4 : Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé ◉ Objectif 4.2 : Améliorer la réponse aux besoins de transport sanitaire ◉ Objectif 4.4 : Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en ville ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.3 : Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé	◉ Pacte de refondation des urgences

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part des CPTS en fonctionnement ayant mis en place une organisation formalisée pour la prise en charge des soins non programmés sur leur territoire		100%
Part des Territoires Vie Santé (TVS) sur lesquels au moins un médecin généraliste est inscrit sur la plateforme SAS		100%
Taux de complétude des tableaux de garde (effecteur fixe, mobile, régulation) en médecine générale sur les horaires de PDSA		100%

4.2 Améliorer la réponse aux besoins de transport sanitaire

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La thématique des transports sanitaires est au cœur des réflexions depuis de nombreuses années au regard des enjeux autour des dépenses qui y sont consacrées, en constante augmentation, de la régulation nécessaire de l'offre sur les territoires ou de la qualité des prescriptions.

Les réformes récentes ont eu pour volonté de répondre à ces enjeux, que ce soit par le transfert d'une partie de la prise en charge de la dépense vers les établissements de santé et la mesure de la pertinence des prescriptions, l'incitation au recours à des véhicules sanitaires légers ou à des transports assis partagés dans le cadre de la révision de la convention nationale des transports sanitaires, ou plus récemment la réorganisation et la revalorisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière à toute heure du jour et de la nuit.

Pour autant, l'organisation de la réponse au besoin de transports sanitaires affiche encore de nombreux axes d'amélioration.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Disposer d'une offre en transports sanitaires permettant de répondre aux besoins de la population sur l'ensemble de la région ;
- Conforter l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière 24h/24 et diminuer les carences ambulancières ;
- Fluidifier la disponibilité des transports non urgents : retours vers les lieux de vie, transferts itératifs, inter-hospitaliers ;
- Améliorer l'efficience des prescriptions et optimiser le recours aux transports sanitaires ;
- Mettre en place une offre et/ou des organisations adaptées aux besoins spécifiques de transports : tensions hospitalières, transports bariatriques, territoires insulaires, transferts maternels ;
- Renforcer l'attractivité des métiers et développer les modalités de formation initiale et continue.

4.2 Améliorer la réponse aux besoins de transport sanitaire

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Réaliser un diagnostic de l'offre et de l'activité en transports sanitaires sur les territoires afin d'identifier des leviers permettant d'optimiser le parc de véhicules et améliorer la réponse aux besoins, notamment des établissements de santé ;
- Accompagner, évaluer et adapter annuellement la mise en place de la réforme des transports sanitaires urgents 24h/24 ;
- Renforcer et conforter le rôle des coordonnateurs ambulanciers ;
- Faire évoluer les organisations internes au sein des établissements de santé et les modalités de sollicitation des transporteurs ;
- Optimiser les temps de mobilisation des transporteurs à l'entrée et en sortie des urgences et autres services hospitaliers ;
- Expérimenter à l'échelle des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) une contractualisation entre Associations de Transports sanitaires urgents (ATSU), établissements de santé et établissements sièges de SAMU, afin d'optimiser la réponse au besoin de transport sanitaire en sortie d'hospitalisation et procéder régulièrement à son évaluation ;
- Renforcer l'offre de transports bariatriques (équipement, modalités de rémunération adaptées) pour améliorer la couverture territoriale ;
- Poursuivre la recherche et la mise en œuvre d'organisations adaptées pour répondre aux besoins de transports sur les territoires insulaires ;
- Identifier et anticiper les mesures et organisations à mettre en place lors des périodes de tensions hospitalières.

Les publics ciblés

- Les entreprises de transports sanitaires privés
- Les transporteurs publics
- Les Services d'incendie et de secours (SIS)
- Les établissements de santé
- Les médecins de ville
- Les usagers

Les partenaires à mobiliser

- Professionnels des transports sanitaires
- Transporteurs privés
- SNSM
- SIS
- Coordonnateur ambulanciers

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☒ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.2 : Accompagner la réingénierie et les parcours des formations en santé ◉ Objectif 4.1 - Consolider la réponse aux besoins de soins non programmés ◉ Objectif 8.3 : Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé ◉ Objectif II.T Médecine d'urgence	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Pourcentage de carences ambulancières sur le nombre total de transports urgents pré-hospitaliers		
Taux de complétude des gardes ambulancières (ATSU)		100%
Part des secteurs de garde ambulancière bénéficiant d'un taux d'équipement en transports sanitaires en adéquation avec les besoins de la population		100%

4.3 Développer les dispositifs de coordination territoriaux

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les progrès de la prise en charge ambulatoire et à domicile ont amené à promouvoir une organisation coordonnée des soins et de l'accompagnement pour faire face au développement des pathologies chroniques liées notamment au vieillissement.

Face à la multiplicité des ressources mais aussi parfois leur raréfaction, divers dispositifs d'information d'appui et de coordination ont été créés en soutien des professionnels des territoires, des personnes et de leurs aidants. Le déploiement final en 2022 des Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours de santé complexes polyvalents (DAC) simplifie l'offre d'appui mais nécessite de poursuivre les efforts en matière de lisibilité et d'articulation des divers services existants.

La loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) édicte par ailleurs le principe d'une responsabilité territoriale des acteurs à l'égard de la santé et de la qualité des prises en charge de la population. Il s'agit en particulier de prévenir les ruptures dans les parcours de santé et de vie des usagers par le déploiement d'une coordination territoriale adaptable aux évolutions des ressources, à laquelle les DAC doivent contribuer.

La diversité des facteurs de complexité et de rupture des parcours (médicaux, médico-sociaux et sociaux) relève de la compétence de plusieurs institutions (Départements, ARS, Assurance-Maladie notamment). La convergence des politiques portées par ces institutions constitue un enjeu majeur en matière de prévention des ruptures de parcours de vie et de santé.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Garantir dans tous les territoires un même service rendu pour les professionnels et la population sur la gestion des parcours de vie et de santé complexes ;
- Apporter des réponses adaptées et coordonnées entre les acteurs du système de santé, quels que soient l'âge, la pathologie ou la complexité du parcours de la personne ;
- Identifier et réduire les ruptures de parcours en coordonnant la mobilisation des ressources du territoire à bon escient ;
- Consolider la place et le rôle des DAC sur les territoires, tout en ajustant leurs plans d'action à leurs moyens ;
- Favoriser l'interconnaissance des DAC, des dispositifs territoriaux disposant de compétences en matière de coordination territoriale et de coordination clinique de proximité et des dispositifs experts régionaux et organiser leur articulation ;
- Harmoniser, mesurer et faire connaître le service rendu en matière de parcours par l'ensemble de ces dispositifs ;
- Valoriser le rôle de la gouvernance diversifiée du DAC dans la démarche de responsabilité populationnelle et faciliter l'intégration des représentants des usagers.

* notamment CPTS, Communautés 360, pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), Plateformes de Coordination et d'Orientation des Troubles Neuro-Développementaux (PCO – TND), maisons des jeunes et des adolescents, filières gériatriques, pôles de ressources gériatriques, CLIC, CCAS, Plates-formes hospitalières opérationnelles de parcours (POP), plates-formes ETP.

4.3 Développer les dispositifs de coordination territoriaux

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Bâtir un modèle régional d'allocation de ressources pour les DAC tenant compte des spécificités des territoires ;
- Promouvoir l'efficience des DAC par le développement professionnel des équipes et l'harmonisation des pratiques ;
- Préciser le rôle des DAC en matière d'aide à la formalisation des projets collectifs des acteurs territoriaux, via notamment les appels à projets ;
- Formaliser le rôle et les missions des différents dispositifs de coordination et élaborer des recommandations sur leurs coopérations et les conditions de mise en œuvre du principe de subsidiarité ;
- Inventorier les dispositifs et services de coopération et de coordination au bénéfice des parcours présents sur les territoires et cibler les manques ou besoins complémentaires ;
- Organiser le partage et la mise à jour des données relatives aux ressources des territoires ;
- Harmoniser les plans de coordination en s'appuyant sur des modèles régionaux de type Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) ;
- Déployer de manière homogène une méthodologie d'observation des ruptures de parcours et de partage fondées en premier lieu sur le recueil par les dispositifs. Partager les états des lieux issus de ces observatoires de rupture de parcours ;
- Définir le rôle, la composition et les missions des espaces de concertation de proximité et départementaux ;
- Instaurer des feuilles de route territoriales en cohérence avec les Contrats locaux de santé et les projets de santé des CPTS ;
- Construire un programme de suivi et d'évaluation du service rendu de tous ces dispositifs ;
- Décliner une information claire sur les services d'appui dès les formations initiales des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux et en formation continue.

Les publics ciblés

- Usagers en situation complexe, en particulier les populations vulnérables : personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, enfants vulnérables
- Professionnels et établissements de la santé et de l'accompagnement

Les partenaires à mobiliser

- Dispositifs de coordination
- CPTS
- Communautés 360
- Départements
- Assurance maladie
- Fédération régionale des dispositifs d'appui (FACS Bretagne)
- CREAI
- Fédérations hospitalières
- Plateformes d'expertise (maladies rares, handicap)
- Equipe Relais Handicaps Rares
- Chargés de missions CLS, PTSM, filières gériatriques

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 5. Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectifs 7. Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes ◉ Objectifs 8. Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et l'innovation en santé ◉ Schémas départementaux de l'autonomie ◉ Projets territoriaux de santé mentale ◉ PRAPS	◉ Stratégie nationale de santé : assurer la continuité des parcours avec une offre transversale entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Une mise à jour de la stratégie nationale est annoncée pour la fin 2023 ◉ Plan national soins palliatifs ◉ Plan cancer ◉ Feuille de route nationale COVID long ◉ Loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de situations identifiées par les observatoires de rupture départementaux	0	20/an
Nombre de dispositifs évalués	0	15
Part des territoires de vie santé pour lesquels le ratio nombre d'usagers ayant bénéficié d'un appui par un DAC sur l'année est inférieur à 0.2%	ND	100%

4.4 Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La conjoncture sanitaire est caractérisée par un l'allongement de l'espérance de vie et un développement des maladies chroniques. L'enjeu du maintien à domicile, la multiplication des intervenants dans le parcours de santé, la reconnaissance des droits des usagers et l'inégale répartition de certaines professions libérales sont autant d'éléments à prendre en compte.

Dans ce contexte, l'exercice coordonné vise à proposer aux professionnels un mode d'organisation et d'exercice favorisant, l'attractivité, la communication et le partage de connaissance.

D'un point de vue structurel, ce type d'exercice propose aux professionnels de santé des conditions de travail plus favorables et plus attractives, favorisant la communication et le partage de connaissances. Il s'inscrit dans la poursuite du décloisonnement du système de santé et d'amélioration du parcours du patient, en encourageant l'approche populationnelle / communautaire afin de co-construire les actions à mettre en œuvre.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Augmenter le nombre de Structures d'Exercice Coordonné (SEC) et renforcer la couverture territoriale ;
- Pérenniser le fonctionnement des structures d'exercice coordonné ;
- Conforter la coordination et la coopération pluri-professionnelles au sein des dispositifs existants ;
- Renforcer les coopérations entre les différentes structures au service d'une amélioration du parcours de santé des personnes sur un territoire et favoriser leur complémentarité par le développement de l'intelligence collective ;
- Consolider la coopération entre les partenaires régionaux et les institutions pour répondre à ces enjeux.

4.4 Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Créer un nouvel espace stratégique régional entre partenaires institutionnels (ARS, URPS, Assurance Maladie, Préfecture, Région) pour élaborer et faire évoluer les politiques de soutien aux différents accompagnements des SEC ;
- Mutualiser les moyens et renforcer la coordination des accompagnements au sein d'une équipe ressource régionale opérationnelle ;
- Renforcer à l'échelle départementale les coopérations entre acteurs de l'accompagnement de l'exercice coordonné ;
- Promouvoir l'intérêt de l'exercice coordonné pluri-professionnel auprès des professionnels de santé, en particulier sur les territoires atones ;
- Faire connaître les différentes formes d'exercice coordonné auprès des patients et faciliter leur participation dans la définition et la mise en œuvre des actions ;
- Poursuivre l'accompagnement des SEC dans les réponses aux appels à projets et dans la mise en place d'organisations innovantes ;
- Informer et favoriser la mise en œuvre des protocoles de coopération dédiés à l'exercice coordonné ;
- Promouvoir l'intégration des nouveaux métiers dans les structures d'exercice coordonné (assistants médicaux, ASALEE, IPA, …) ;
- Mettre en place une politique de soutien au développement des Equipes de Soins Spécialisés ;
- Soutenir les porteurs de projet et les coordinateurs dans leurs rôles et missions (formations, échanges de pratiques) ;
- Développer les coopérations entre acteurs d'un même territoire d'action (MSP, CDS, CPTS, DAC, Hôpitaux de proximité, …) afin d'articuler leurs missions et agir en complémentarité (SNP, accès aux soins, fluidification des parcours, attractivité, …) ;
- Encourager et faciliter les interactions entre DAC, CPTS, CLS, PTSM, CLSM, …
- Mieux faire connaître aux différents acteurs leurs compétences respectives et les ressources du territoire, pour améliorer le niveau de pertinence dans l'orientation du patient.

Les publics ciblés

- Les professionnels de santé de 1er et 2nd recours
- Les structures d'exercice coordonné
- Les établissements hospitaliers
- Les établissements et services médico-sociaux
- Les usagers

Les partenaires à mobiliser

- Les représentants des professionnels : URPS, Fédérations hospitalières, Fédérations médico-sociales et sociales
- Les partenaires institutionnels : Assurance-Maladie, Préfecture
- Les collectivités territoriales : Région, Départements, EPCI, Communes …
- Les associations régionales d'accompagnement des SEC : ESSORT, Gécolib'
- Les usagers
- L'EHESP

Les leviers et modalités de mise en œuvre

- ☒ Réglementation
- ☒ Financement
- ☒ Investissements
- ☒ Contractualisation
- ☒ Innovation
- ☒ Numérique en santé
- ☒ Formation
- ☒ Evaluation
- ☒ Inspection/contrôle
- ☒ Animation territoriale
- ☒ Surveillance et observation de la santé
- ☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ☒ Partenariat institutionnel
- ☒ Mobilisation de la démocratie en santé
- ☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
- ☒ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 1 : S'adapter à de nouveaux environnements et répondre à de nouveaux risques ◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectifs 3 : Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé ◉ Objectifs 4 : Garantir l'accès à une offre de soins et d'accompagnement adaptée sur les territoires ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectifs 6 : Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires ◉ Objectifs 7 : Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes ◉ Objectifs 8 : Promouvoir la qualité et la sécurité des soins et l'innovation en santé ◉ Objectifs 9 : Affirmer la place des usagers-citoyens dans le système de santé	◉ La Stratégie nationale de santé ◉ Le Plan 4000 MSP

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux d'atteinte de l'objectif régional dans le cadre du Plan 4 000 MSP	80,3%	100%
Taux de couverture populationnelle de la région en CPTS	53%	100%
Part des professionnels de santé de 1er recours impliqués dans les CPTS de la région	-	40%

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

5. Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie

5.1 Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'action de l'ARS Bretagne poursuit deux objectifs :

→ Sortir des cloisonnements pour adopter une approche globale et transversale de la santé mentale ;

→ Replacer les personnes concernées au centre de l'action : en favorisant leur autonomie dans une perspective de rétablissement ; en diversifiant l'offre, notamment dans sa composante « d'aller vers les personnes » ; en facilitant les coopérations entre acteurs au service de parcours plus fluides et mieux ajustés à leurs besoins.

Les **interventions en amont** des pathologies, des crises ou du handicap (Repérage et la prise en soin précoce de pathologies débutantes, désescalade de crises en gestation, réhabilitation psychosociale) sont encore trop peu répandues alors qu'elles ont un fort potentiel d'amélioration du pronostic et de la qualité de vie des personnes. L'enjeu est de renforcer leur accessibilité.

La **santé mentale des jeunes** s'est dégradée depuis deux ans dans un contexte de crises multiples, avec une augmentation objectivée du nombre et de la gravité des troubles psychiques. La situation démographique tendue sur les ressources en pédopsychiatres est un facteur additionnel de complexité. L'enjeu est d'identifier et de mettre en œuvre des actions de soutien efficaces.

Les **Projets territoriaux de santé mentale** et **les Conseils locaux de santé mentale (PTSM)** sont emblématiques d'une approche de coopérations entre les acteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement au service des parcours. L'enjeu est de soutenir leur mise en œuvre et leur articulation aux autres dynamiques partenariales.

La **pair aidance** s'affirme au fil des années comme un complément essentiel du soin et de l'accompagnement dans un domaine où la stigmatisation et l'isolement sont prégnants. Par ailleurs, la prise en compte du rôle des aidants dans le processus de soin et d'accompagnement est un facteur important de la qualité des prises en charges. Il y a un enjeu à conforter ces approches.

La faible lisibilité de l'offre est une critique récurrente, en particulier pour des pathologies nécessitant une approche très spécialisée. L'enjeu est de mieux définir une **gradation de l'offre** en santé mentale incluant les soins primaires, les soins spécialisés de psychiatrie et les soins de psychiatrie de recours ou de référence.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Privilégier les capacités d'intervention en amont des pathologies, des crises et du handicap ;
- Renforcer l'offre de prévention, soin et accompagnement en santé mentale en direction des jeunes ;
- Conforter les politiques partenariales et territoriales en santé mentale (Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et Conseils locaux de santé mentale (CLSM)) dans le paysage régional, en articulation avec les dynamiques généralistes (Dispositifs d'Appui à la Coordination, Communauté professionnelles territoriales de santé) ;
- Promouvoir la pair-aidance et le soutien aux aidants ;
- Améliorer la gradation et la lisibilité de l'offre de soins en santé mentale.

5.1 Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Actions de repérage et prise en charge précoce des troubles psychiatriques débutants ; de repérage et de dispositifs d'aller vers en prévention des crises ; de déploiement de la politique de réhabilitation psychosociale dans le soin et l'accompagnement ;
- Actions de renforcement de l'offre pour les jeunes dans les domaines :
  - De la prévention : Compétences psychosociales, Premiers secours en santé mentale, Points accueil écoute jeunes… ;
  - Du soin : renfort, en fonction des besoins des territoires, des Centres médico-psychologiques enfants et adolescents, des équipes mobiles, de l'offre d'HDJ ado ; ajustement de l'offre en lits ; développement d'une offre spécifique de soins pour les 16-25 ans ;
  - De l'accompagnement : coopérations entre psychiatrie, Dispositifs Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques et Aide sociale à l'enfance ; Equipes mobiles ressources/appui à la scolarisation... ;
- Accompagnement des PTSM et des CLSM, évaluation des PTSM, articulation aux dispositifs de coordination existants (DAC, CPTS…) ;
- Appui au réseau des Groupe d'entraide mutuelle (GEM) bretons, accompagnement de collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle, expérimentation de pairs aidants professionnels, poursuite du déploiement d'une offre de formation et de soutien aux aidants ;
- Actions de collaboration entre professionnels de psychiatrie et de médecine générale, dispositifs de régulation/orientation des patients, élaboration d'un schéma de gradation régionale de l'offre en santé mentale.

Les publics ciblés

- Grand public
- Population enfants, adolescents et jeunes adultes
- Usagers de la psychiatrie et des ESMS
- Aidants de personnes vivant avec des troubles de santé mentale
- Les pairs aidants

Les partenaires à mobiliser

- Chefs de projet et coordonnateurs PTSM, coordonnateurs CLSM
- Professionnels des soins primaires, de la psychiatrie et de l'offre hospitalière MCO
- Professionnels de l'offre sociale et médicosociale, de la prévention, des services de PMI et de l'ASE
- Associations d'usagers et d'aidants
- Institutions porteuses de politiques publiques (CD, EN, AM, CR, Justice…)
- Elus et acteurs de la démocratie en santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 2.7 : Maintenir la mobilisation sur la prévention du suicide ◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectif 5.2 : Renforcer la structuration de la filière de prise en charge des addictions ◉ Objectif 6.1 Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant, ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes ◉ Objectif 6.4 : Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS) ◉ Objectif 7.6 : Renforcer l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap ◉ Objectif 7.7 : Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ◉ Objectif 7.8 : Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la poli régionale de santé, ◉ Objectif 9.3 : Déployer une politique de soutien aux aidants	◉ Feuille de route nationale de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, dont mesures assises ◉ Feuille de route santé des détenus ◉ Stratégie nationale de prévention du suicide ◉ Stratégie nationale des 1000 premiers jours ◉ Stratégie nationale de santé ◉ Assises 2023 de la pédiatrie et de la santé de l'enfant ◉ Stratégie nationale autisme ◉ Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de CLSM bénéficiant d'un accompagnement ARS au financement d'un temps de coordination	2	
Nombre de volet psychiatrique du service d'accès aux soins (SAS)	1	4

5.2 Renforcer la structuration de la filière de prise en charge des addictions

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les conduites addictives sont des pathologies chroniques et complexes lourdes de conséquences pour les patients, leur entourage et dans le fonctionnement sociétal lui-même. Elles résultent de déterminants pluriels qui appellent une action globale, pluridisciplinaire et coordonnée, sur une temporalité longue.

La lutte contre les conduites addictives fait l'objet d'une attention et de moyens spécifiques, à travers notamment une stratégie de prévention dont les leviers sont les déterminants eux-mêmes : accessibilité aux produits, environnement, compétences des professionnels, repérage des fragilités et réduction des risques.

Lorsque l'addiction est installée, la diversité des profils, les fréquentes comorbidités associées, somatiques et/ou psychiques, concomitantes au rôle majeur de l'environnement tout au long de son évolution, impliquent une offre de soins et d'accompagnement décloisonnée et bien articulée, au plus près du lieu de vie et des réalités des patients.

Pour les professionnels, l'évolution des comportements, l'émergence régulière de nouvelles substances, et des risques associés, obligent à une culture commune du repérage, à une veille scientifique et épidémiologique rigoureuse, à la construction de parcours-patients lisibles sur les territoires et inscrits dans la continuité. En articulation avec l'offre spécialisée de premier recours, l'accès à l'expertise et à des modalités de prise en soin innovantes sont des conditions de plus grande réussite.

La capacité des territoires à offrir, pour chaque usager, un parcours de soins et d'accompagnement ajusté à ses besoins implique une interconnaissance et une collaboration étroite entre acteurs, une forte réactivité, une culture commune et un cadre d'organisation accessible et agile.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- **Former au repérage** (troubles des usages, consommations pathologiques) les acteurs non spécialisés et organiser les modalités de recours à l'échelle des territoires pour des prises en charge précoces ;
- **Structurer des parcours de soin gradués** sur les territoires sur le mode « à chaque demande, une proposition », que cette demande émane d'un professionnel de santé, du social, de l'éducatif, de l'usager ou de son entourage ;
- **Promouvoir les approches systémiques** à tous les niveaux de prises en charge pour renforcer la pertinence et l'impact des accompagnements ;
- **Accompagner l'entourage, les aidants,** à chaque étape du parcours de soin ;
- Organiser à l'échelle régionale, une **offre de soins experte** pour les addictions, avec et sans substance : offre de recours, actualisation des connaissances, partage des bonnes pratiques, aide à l'orientation et à la prise en charge ;
- Développer **l'innovation organisationnelle,** pour s'adapter aux situations individuelles, à la réalité des territoires et aux ressources disponibles : équipes mobile, télémédecine, télé expertise, consultations délocalisées, alternatives à l'hospitalisation, éducation thérapeutique, réseau en ligne, etc…
- Renforcer **les liens** opérationnels des dispositifs et structures spécialisés et développer les interfaces entre les secteurs du soin généraliste et spécialisé, l'accompagnement médico-social et social, la ville et l'hôpital ;
- **Pour les 15-25 ans** : repérer (PAEJ, éducation nationale, associations sportives…) et organiser une prise en charge globale (somatique et psychique) dès les troubles d'usage installés ; mettre en place une organisation dédiée (CJC-CSAPA-MCO-Psychiatrie).

5.2 Renforcer la structuration de la filière de prise en charge des addictions

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Structurer une offre de soins spécifique autour des troubles cognitifs réversibles liés à la consommation de substances psychoactives ;
- Former les acteurs du parcours, et notamment les professionnels de premier recours, au repérage, à l'orientation, au suivi des sevrages et à l'instauration des traitements de substitution ;
- Renforcer les liens entre les différents acteurs dans les CSAPA (participations d'intervenants extérieurs tels que les sages-femmes, dentistes, enseignants APA, hépato-gastroentérologues, ORL…) ou dans les secteurs de la périnatalité et de la cancérologie (collaborations cliniques avec les addictologues) ;
- Favoriser la réactivité : « à chaque demande, une proposition ». En lien avec les DAC, créer un répertoire et/ou une cartographie territoriale et développer l'interconnaissance à cette échelle, mais également une implication des PSL en relais de proximité pour leurs pairs. S'appuyer sur les associations d'entraides et les patients experts pour fluidifier les parcours ;
- EHLSA : faire en sorte, sur la base d'un modèle médico-économique revisité, de remplir les missions intra-hospitalières à l'échelle du territoire avec 4 points d'attention : SAU 7j/7, la périnatalité, l'addictovigilance, les 15-25 ans ;
- Diminuer les délais de prise en soin : en consultations hospitalières, CSAPA, unités de sevrage, SSR spécialisés ;
- Mettre en place des créneaux d'accueil d'urgence en CSAPA et développer l'accueil résidentiel ;
- Travailler sur la notoriété de la filière.

Les publics ciblés

- Les personnes ayant développé, depuis peu ou depuis plus longtemps, une conduite addictive
- La sphère familiale et/ou sociale
- Les professionnels du premier recours
- Les professionnels en établissement sanitaire et médico-social
- L'Education nationale

Les partenaires à mobiliser

- DAC, CPTS, MG, IDE (libérale, ASALEE, IPA…)
- Contractualisation CSAPA-CAARUD
- Établissements de santé, CEIP
- Association d'entraide et d'usagers, patients partenaires, patients experts
- URPS médecins, pharmaciens, sages-femmes
- Organismes de formation (RPIB) et de prévention (RDRD)
- Collectivités territoriales

  Les acteurs de la précarité : DREETS, FAS, conseils départementaux
- Fédérations de sports amateurs
- Services de santé au travail

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement

☒ Autre : communication média grands publics

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes	◉ MILDECA ◉ Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de patients vus par l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) en hospitalisation dont en maternité		
Part de nouveaux patients dans la file active des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)		
Part du nombre de boites prescrites de traitements de substitution aux opioïdes (TSO) par des médecins généralistes libéraux		

5.3 Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le cancer demeure la première cause de mortalité en France, et en Bretagne. Si de grands progrès ont été faits en matière de prise en charge, il existe encore des marges d'amélioration conséquentes.

40% des cancers seraient évitables en luttant contre les facteurs favorisant la maladie (Tabac, alcool, alimentation, surpoids et obésité, activité physique insuffisante, expositions professionnelles ou environnementale…). La promotion des actions de prévention reste donc primordiale.

Bien que la survie s'améliore pour plusieurs localisations, certains cancers de mauvais pronostic conservent des survies à 5 ans basses, chez l'homme et la femme. Ils représentent 22,7% des cancers diagnostiqués.
On sait que la précocité du diagnostic, l'accès à l'innovation et à la médecine de précision, notamment pour ces cancers, augmentent la durée de survie et la qualité de vie. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts pour améliorer le parcours de ces patients.

Le cancer a des répercussions multidimensionnelles sur les personnes touchées par la maladie et leurs proches. Pour améliorer la qualité de vie, les soins de support, pendant et après les traitements ont prouvé leur efficacité et leur actions bénéfiques. Il convient donc de renforcer le recours aux soins de support partout et pour tous notamment l'activité physique adaptée, mais aussi de renforcer l'accès aux soins médicaux de réadaptation oncologiques et hématologiques, l'accès aux soins au plus proche du patient, voire à domicile (chimiothérapie).

Des stratégies thérapeutiques doivent être adaptées à chaque âge (oncopédiatrie, oncogériatrie), il conviendra de renforcer ces prises en charge spécifiques à tous les stades de la maladie.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Faciliter l'accès des personnes aux informations adaptées et développer leurs capacités à agir ;
- Améliorer l'accès aux dépistages des cancers, les parcours des patients en proximité, à domicile, et en recours, notamment pour les cancers de mauvais pronostic, et pour tous les territoires même les plus isolés ;
- Consolider le suivi et l'accompagnement après cancer en développant des soins de support de qualité et évolutifs afin de répondre au plus près des besoins des patients ;
- Développer la réadaptation, la réhabilitation fonctionnelle, la reconstruction post traitement pour limiter les séquelles, améliorer la qualité de vie et favoriser le retour à l'emploi ;
- Attacher une attention particulière aux personnes âgées et aux enfants, adolescents et jeunes adultes ;
- Systématiser la prise en charge addictologique chez les patients ayant des facteurs de risque (tabac, cannabis, alcool).

5.3 Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Simplifier l'accès au dépistage et développer des approches d'aller-vers ;
- Améliorer la coordination des professionnels de l'hôpital et de la ville grâce aux Dispositifs d'Appui à la coordination ;
- Généraliser la démarche Lieu de Santé Sans Tabac à l'ensemble des établissements prenant en charge des patients atteints de cancer ;
- Susciter et soutenir les nouvelles organisations et la montée en compétence (RCP, IPA, IDEC, protocoles de coopération) ;
- Développer la prise en charge à domicile, notamment la chimiothérapie ;
- Soutenir le développement de l'oncogériatrie ;
- Soutenir la construction d'un suivi à long terme pour les patients les plus jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes).

Les publics ciblés

- Les personnes atteintes de cancer
- Les établissements de santé
- Les professionnels de santé

Les partenaires à mobiliser

- Onco Bretagne
- Le CRCDC et ses antennes départementales
- Les structures de coordination en cancérologie : UCOG, OBAJA, POHO, Phare Grand Ouest, les 3C, le PRC (ARPEGO)
- La ligue contre le cancer
- L'Assurance Maladie
- Les DAC

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Feuille de route régionale « stratégie de lutte contre le cancer »	◉ Stratégie nationale de lutte décennale contre le cancer ◉ L'ambition nationale « coordination » qui a vocation à mettre en place une gradation du suivi ville-hôpital des patients ◉ Action I.12.3 de la stratégie décennale de lutte contre le cancer : simplifier l'accès au dépistage

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs seront précisés en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE

5.4 Consolider et faire évoluer la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-neuro-vasculaires

A - LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CARDIO VASCULAIRES

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès chez les bretonnes et la deuxième chez les bretons, après les cancers. Les taux restent plus élevés qu'en moyenne métropolitaine malgré une réduction de près de 30% sur les dix dernières années, grâce à un meilleur contrôle des principaux facteurs de risque cardiovasculaire, à une amélioration de la prise en charge en phase aigüe et à la prévention des récidives et des complications.

Ces maladies constituent la première prise en charge en Bretagne devant les maladies respiratoires chroniques et les cancers, la prévalence étant plus élevée chez les hommes et les patients ≥75 ans, dans un contexte de vieillissement de la population avec la part des bretons ≥75ans projetée à 18% en 2050 contre 11% en 2018.

Les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque constituent les deux premières pathologies cardiologiques consommatrices de ressources tant au niveau national que régional, et présentent de fortes disparités territoriales de prévalence et indicateurs de morbi-mortalité, les Côtes d'Armor étant particulièrement affectées.

La filière de soins des Syndromes coronariens aigus (SCA) est très structurée de par la coordination étroite entre tous les acteurs et le travail de recensement et d'analyse des actes de cardiologie interventionnelle au sein du registre ORBI. L'amélioration de cette filière de soins doit bénéficier d'une meilleure connaissance des prises en charge interventionnelles aigues et du devenir des patients. En découlerons des actions plus territorialisées de sensibilisation de la population et de coordination des professionnels.

La filière « insuffisance cardiaque » bénéficie d'innovations organisationnelles multiples de par l'évolution des métiers, la transformation numérique, des dynamiques de repérage précoce et de prévention, les politiques nationales d'amélioration de la qualité des prises en charge. L'optimisation du recours aux ressources doit s'envisager à travers des travaux collaboratifs territoriaux de cartographie de l'offre et de la population (affectée ou à risque), et de structuration des parcours.

La filière « maladies vasculaires » souffre d'un accès difficile aux ressources de médecine vasculaire, induisant un accroissement des délais diagnostiques pour les patients présentant de l'athérosclérose (facteur de risque majeur d'AVC, de SCA et responsable de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), et ce en prévention primaire comme secondaire.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Réduire le délai diagnostic et interventionnel pour les patients insuffisants cardiaques ou présentant un syndrome coronarien aigu ;
- Améliorer les filières de prise en charge des patients insuffisants cardiaques sur chaque territoire selon une dynamique de responsabilité populationnelle ;
- Réduire les risques de ruptures de parcours en sortie d'hospitalisation pour les patients insuffisants cardiaques ;
- Améliorer l'accès aux activités de médecine vasculaire et réduire le délai diagnostique et interventionnel pour les patients présentant une atteinte athéromateuse à risque.

5.4 Consolider et faire évoluer la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-neuro-vasculaires

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- **Réduire le délai diagnostique et interventionnel pour les patients insuffisants cardiaques ou présentant un syndrome coronarien aigu (SCA) :**
  - Mieux faire connaître les signes de l'insuffisance cardiaque (IC) et de l'infarctus du myocarde (IDM) au grand public par des campagnes de sensibilisation régionales et territoriales plus ciblées ;
  - Améliorer la connaissance des SCA, leur prise en charge ainsi que le suivi des patients par la transformation du registre ORBI ;
  - Mieux former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux au dépistage et à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des SCA.

- **Améliorer les filières de dépistage et de prise en charge des patients insuffisants cardiaques sur chaque territoire selon une dynamique de responsabilité populationnelle :**
  - Mieux identifier la population des patients insuffisants cardiaques ou à risque, et la stratifier par niveaux de sévérité ;
  - Identifier les acteurs et rendre plus lisible l'offre de soins en ville et en structure, en y intégrant les outils numériques ;
  - Impliquer les patients et tous les acteurs dans la réorganisation de filières de soins mobilisant aux mieux les ressources disponibles sur chaque territoire.

- **Réduire les risques de ruptures de parcours en sortie d'hospitalisation pour les patients insuffisants cardiaques :**
  - Optimiser le traitement en sortie d'hospitalisation ;
  - Améliorer l'accès à la réadaptation cardiovasculaire IC dans les SMR ;
  - Développer la réadaptation cardiovasculaire IC dans les SSR par un partenariat étroit avec les structures spécialisées SMR (travail sur des référentiels adaptés aux ressources en SSR, télé-réadaptation, IPA…) ;
  - Améliorer le suivi des patients et le repérage précoce des décompensations par la montée en compétence des professionnels intervenant au domicile, le déploiement des ISPIC et IPA, le renforcement de la télésurveillance.

- **Améliorer l'accès aux activités de médecine vasculaire pour les patients présentant une atteinte athéromateuse à risque :**
  - Cartographier les ressources et l'activité de médecine vasculaire en Bretagne et adapter les parcours de formation ;
  - Améliorer la pertinence du recours aux ressources de médecine vasculaire dans une dynamique de repérage précoce et de prévention.

Les publics ciblés

- Grand public
- Patients insuffisants cardiaques
- Patients coronariens
- Médecins généralistes
- IDE et kinésithérapeutes libéraux
- Pharmaciens d'officine
- Professionnels médicaux et paramédicaux des structures MCO/SSR/SMR
- ISPIC, IPA

Les partenaires à mobiliser

- URPS
- Groupes FMC, APIMED
- Structures d'exercice coordonné de soins primaires
- Groupements hospitaliers de territoires
- Assurance Maladie
- FHF (responsabilité populationnelle)
- IFPS
- Universités (médecine)
- Editeurs d'outils de télésurveillance

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

5.4 Consolider et faire évoluer la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-neuro-vasculaires

B - LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES NEURO VASCULAIRES

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès chez les bretonnes et la deuxième chez les bretons, après les cancers. Les taux restent plus élevés qu'en moyenne métropolitaine malgré une réduction de près de 30% sur les dix dernières années, grâce à un meilleur contrôle des principaux facteurs de risque cardiovasculaire, à une amélioration de la prise en charge en phase aigüe et à la prévention des récidives et des complications.

Une des conséquences de ces pathologies de l'appareil circulatoire est la survenue d'Accident vasculaire cérébrale (AVC), dont l'incidence en Bretagne est une des plus élevée de France, et supérieure à l'incidence nationale.

Un accident vasculaire cérébral est la conséquence de l'interruption de la circulation sanguine vers le cerveau. Il se produit soit lorsqu'un vaisseau sanguin est obstrué (AVC ischémique), soit par déchirure d'un vaisseau sanguin provoquant une hémorragie (AVC hémorragique). 80% des AVC sont des AVC ischémiques. La sévérité d'un AVC est variable, allant des accidents ischémiques transitoires (AIT) qui régressent en quelques minutes à quelques heures sans laisser de séquelles à des AVC conduisant au décès.

Lorsqu'il survient, l'AVC doit être pris en charge en extrême urgence. Chaque minute compte, il faut rétablir aussi vite que possible le flux sanguin pour en limiter les séquelles. Les traitements existants ne sont efficaces que quelques heures après le début des symptômes. Cela nécessite une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire dès la phase d'alerte.

L'amélioration de la coordination des acteurs et de l'organisation de la prise en charge des AVC (au plus tôt de la survenue des symptômes) permet de diminuer les complications, la mortalité et le handicap liés à cette pathologie. Pourtant, de nombreux patients sont encore pris en charge trop tardivement. Leurs séquelles sont alors définitives et parfois très importantes. 70% des patients rapportent conserver des séquelles de leur AVC, et chaque année 30 000 personnes supplémentaires déclarent des séquelles lourdes à 1 an.

L'amélioration de la structuration de la filière AVC est donc un enjeu primordial. Les progrès sont tangibles depuis une dizaine d'année. Il faut poursuivre l'amélioration de l'accès en proximité des filières de prise en charge, du diagnostic qui doit être le plus rapide possible aux services de rééducation permettant de limiter les séquelles.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Etude et suivi du parcours de prise en charge des patients atteints d'Accident vasculaire cérébral (AVC) en Bretagne : identification des inégalités d'accès et mise en place d'action d'amélioration ;
- Gagner du temps à la phase aigüe, dès l'apparition des premiers signes d'AVC ;
- Augmenter la proportion de patients pris en charge en USINV ;
- Améliorer la prise en charge des AIT.

5.4 Consolider et faire évoluer la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-neuro-vasculaires

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Créer un registre régional des AVC ;
- Améliorer accès aux traitements curatifs (Thrombolyse, thrombectomie mécanique) par le biais du :
  - Développement du télé-AVC (accès à la thrombolyse),
  - Travail sur l'amélioration des transports interhospitaliers,
  - Améliorer l'accès à la thrombectomie mécanique,
  - Développement d'un outil de communication innovant pour le partage d'informations à la phase aigüe (expérimentation CHU Brest),
- Améliorer l'accès en unité de soins intensifs Neuro-Vasculaire (USINV) en :
  - Fluidifiant l'aval des USINV,
  - Améliorant le parcours du patient âgé,
  - Favorisant les accès en SSR neurologique et HAD SSR,
  - Harmonisant le fonctionnement des unités de proximité AVC,
- Créer une filière spécifique de prise en charge des Accidents ischémiques transitoires (AIT).

Les publics ciblés

- Population générale
- Patients atteints d'AVC
- Médecins généralistes
- IDE et kinésithérapeutes libéraux
- Professionnels médicaux et paramédicaux des structures MCO/SSR/SMR
- IPA

Les partenaires à mobiliser

- GHT

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation
☐ Financement
☐ Investissements
☐ Contractualisation
☐ Innovation
☐ Numérique en santé
☐ Formation
☐ Evaluation
☐ Inspection/contrôle
☐ Animation territoriale
☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Partenariat institutionnel
☐ Mobilisation de la démocratie en santé
☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 2.8 : Soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé ◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population ◉ Objectif 3.4 : Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé ◉ Objectif 4.4 : Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en ville ◉ Objectif 7.4 : Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées ◉ Objectif 8.3 : Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé	◉ Contrats d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins (CAQES) ◉ Intégration de la télésurveillance médicale dans le droit commun du remboursement ◉ Réforme des autorisations d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Prévalence de l'insuffisance cardiaque en Bretagne		
Taux de patients atteints d'insuffisance cardiaque ré-hospitalisés à moins de six mois d'un séjour pour le même motif		
Nombre de patients atteints d'AVC ayant bénéficiés d'une thrombolyse		

5.5 Poursuivre la structuration des filières de prise en charge des personnes atteintes de maladies rares

Les enjeux : Pourquoi agir ?

En France, les maladies rares représentent un enjeu majeur de santé publique. Les 7 000 maladies rares identifiées à ce jour atteignent plus de 3 millions de personnes soit 4,5% de la population.

En Bretagne, on estime qu'environ **180 000 personnes** sont atteintes d'une maladie rare (prévalence < 1/2000). Par ailleurs, 75% de ces patients sont des enfants. La moitié a moins de 5 ans. Les maladies rares sont responsables de 10% des décès entre 1 an et 5 ans.

Sur l'ensemble des maladies rares, 80% sont reconnues d'origine génétique. Le plus souvent, elles sont sévères, chroniques, d'évolution progressive et affectent considérablement la qualité de vie des personnes malades. Elles entrainent un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans 50% des cas et une perte totale d'autonomie dans 9% des cas. Si des grands progrès ont été initié pour accompagner les patients et leur entourage, de grandes marges de progression sont nécessaires notamment pour les personnes en situation de handicap et pour éviter les ruptures de parcours ciblant **les domaines de transition** enfant-adulte et adulte-sénior.

Depuis plusieurs années ce sujet est investi dans les plans de santé spécifiques. Ils ont permis **l'organisation des soins en filières autours de centres experts** avec 128 centres de références et de compétences des maladies rares implantés dans 5 établissements hospitaliers : CHU de Brest et de Rennes, CH de Lorient, de Vannes et Fondation Ildys Roscoff. En 2020, la plateforme d'expertise maladies rares de Bretagne est venue renforcer ce **maillage territorial** et participe à la mutualisation de toutes ces expertises. L'ensemble de ces acteurs, indispensable lutte contre l'errance diagnostique et contribue à faciliter la mise en œuvre des protocoles thérapeutiques. Il est nécessaire de poursuivre ces **concertations pluri professionnelles qui** favoriser l'autonomie des personnes malades.

Les maladies rares ont des **répercussions multifactorielles**. Les parcours de soins et de vie des personnes malades, des aidants et de leurs proches sont souvent complexes. L'accès au diagnostic et à la recherche permettent d'appréhender les impacts de la maladie. Il convient donc d'œuvrer à réduire l'errance diagnostique, de renforcer le repérage des ressources territoriales, d'enrichir les données et les liens entre les registres existants et d'améliorer la formation des professionnels de santé ainsi que celles relevant du domaine du handicap afin de donner plus de visibilité aux projets.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

Dans l'attente des orientations du prochain Plan national des maladies rares (PNMR 4), les objectifs suivants sont identifiés en région Bretagne :

- Améliorer l'interconnaissance des acteurs intervenants dans les parcours de soins et de vie des personnes porteuses de maladies rares ;
- Consolider la visibilité des ressources territoriales disponibles ;
- Faciliter l'accès des personnes aux informations adaptées et développer leurs capacités à agir ;
- Développer la formation des professionnels de santé sur le thème des maladies rares et des handicaps complexes, afin de mieux l'intégrer dans l'accompagnement des patients ;
- Poursuivre les efforts collectifs dans la mobilisation des expertises (recherches, alliances thérapeutiques, ingénierie de données) ;
- Soutenir les démarches d'accompagnement lors des phases de transition du nourrisson, de l'enfance à l'adulte et au vieillissement des patients.

5.5 Poursuivre la structuration des filières de prise en charge des personnes atteintes de maladies rares

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Faciliter l'accès aux soins notamment quand la maladie rare est responsable de handicap complexe afin d'éviter le renoncement aux soins ;
- Renforcer la dynamique de réseau et de partenariats des dispositifs concernés et poursuivre l'enrichissement mutuel des acteurs en s'appuyant sur la plateforme maladie rare de Bretagne ;
- Soutenir les démarches de formation auprès des étudiants et des professionnels de santé, des acteurs du médico-social et du social ;
- Accompagner le déploiement de programme ETP dans les centres de référence maladies rares ;
- Accompagner les patients et leurs proches dans leurs parcours de soins et de vie afin d'éviter les ruptures et errances thérapeutiques et faciliter l'intégration à des essais cliniques ;
- Soutenir les collaborations et consolider le partage des expertises et des données facilitant l'accès à de nouveaux traitements et aux innovations pour les personnes malades.

Les publics ciblés

- Les personnes atteintes de maladies rares, les proches et les aidants
- Les associations de personnes malades et leurs proches
- La plateforme d'expertise maladies rares de Bretagne
- Les centres de références maladies rares et filières expertes

Les partenaires à mobiliser

- Les établissements de santé
- Les représentants d'usagers
- La FACS en lien avec les DAC
- Les professionnels de santé de ville, les CPTS et autres structures coordonnées de soins
- Les dispositifs médico-sociaux concernés (ERHR, PCPE, C 360)
- Les professionnels de l'éducation nationale

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement

☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 2.8 : Soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé ◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectif 6.1 : Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant ◉ Objectif 7.5 : Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap ◉ Objectif 7.8 : Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé ◉ Objectif 8.6 : Accompagner le développement de l'innovation et la structuration de la recherche en santé ◉ Feuille de route régionale de l'ANS 2023-2027	◉ Plan national maladies rares 4 (2024-2029) ◉ Plan France médecine génomique 2025 ◉ Santé scolaire et inclusion ◉ Stratégie de l'Agence de l'innovation en santé- innovation santé 2030 ◉ European Joint Program on Rare Disease (EJP-RD)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre d'appuis à la coordination pour des personnes atteintes de maladies rares		
Nombre de centres de références et de compétences labellisés de la région		

5.6 Conforter l'organisation territoriale en soins palliatifs

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit depuis 2002 les soins palliatifs comme l'ensemble des soins dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé : l'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel. L'objectif principal des soins palliatifs est de préserver la qualité de vie des patients et de leur famille. A cet effet, dans un objectif d'accès universel aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie et du maintien de la qualité de vie, il importe de garantir à chaque personne malade ou en fin de vie, d'être accompagnée au sein de son lieu de vie ou de son lieu de soins, selon ses volontés et en tenant compte de ses besoins.

Compte tenu de l'augmentation de la population et de l'augmentation de de la part des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne, il est constaté une mortalité régionale légèrement supérieure à la moyenne nationale, liée notamment à une mortalité évitable par cancer plus importante. Face à ce constat, il est important d'ajuster l'offre aux besoins des territoires qui augmentent.

L'enjeu principal est de garantir à l'ensemble des bretons une prise en charge davantage lisible, anticipée, graduée et coordonnée que ce soit à l'hôpital, au domicile, en EHPAD ou dans les autres structures sociales et médico-sociales.

Pour ce faire, la structuration des filières palliatives en région permettra de tendre vers cet accès universel aux soins palliatifs dont la mise en œuvre se fera avec les acteurs de terrains et la cellule d'animation régionale de soins palliatifs de Bretagne.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Structurer les filières palliatives avec l'ensemble des acteurs pour adapter les organisations aux territoires et garantir l'accès et la qualité aux soins palliatifs à tous les citoyens ;
- Renforcer le déploiement des soins palliatifs en EHPAD et à domicile pour prendre en compte les souhaits des personnes ;
- Développer la formation, l'information et la sensibilisation des acteurs du soin, du médico-social et du social afin de garantir que chacun puisse être pris en charge par des professionnels formés, et du grand public pour que le citoyen puisse exercer ses droits et être acteur de sa fin de vie.

5.6 Conforter l'organisation territoriale en soins palliatifs

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Définir un territoire d'action et de recours en soins palliatifs par un diagnostic dans chaque territoire ;
- Accompagner la création et le suivi de projet de territoire dans le cadre des filières en identifiant le parcours, les appuis et les coopérations ;
- Rendre effective les coopérations entre les EMSP et les HAD avec les EHPAD et augmenter l'accompagnement des EMSP dans chaque lieu de vie ;
- Rendre effective les coopérations entre les ERRSPP et les HAD avec les EMS et consolider l'accompagnement des ERRSPP dans chaque lieu de vie ;
- Améliorer la prise en charge de la douleur chez l'enfant en soins palliatifs par l'évaluation et les traitements médicamenteux ou non ;
- Réfléchir à une organisation régionale des actions de formation proposées par les EMSP et les ERRSPP aux professionnels de la région ;
- Sensibiliser le grand public au droit de la fin de vie et à l'accompagnement d'un proche qui va mourir.

Les publics ciblés

- Les acteurs des soins palliatifs
- Les établissements sociaux et médico-sociaux
- Les usagers
- Les professionnels libéraux

Les partenaires à mobiliser

- Les acteurs des soins palliatifs
- La Cellule d'animation régionale des soins palliatifs (CARESP)
- Les établissements sociaux et médico-sociaux
- Les acteurs du domicile

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 7.2 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ◉ Objectif 7.3 : Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD ◉ Objectif 7.8 : Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé ◉ Objectif 9.3 : Déployer une politique de soutien aux aidants ◉ Objectif 9.4 : Conforter le rôle des usagers au sein du réseau des instances de démocratie en santé ◉ Objectif II.T.F : HAD	◉ Politique nationale pour les aidants ◉ Les maladies chroniques ◉ La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part des territoires avec des projets de soins palliatifs de territoire élaborés	1	1 projet par filière identifiée
Taux d'intervention des EMSP en EHPAD	7%	Augmentation
Nombre d'actions à destination du grand public concernant les droits de la fin de vie et à l'accompagnement		Augmentation

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

6. Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires

6.1 Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les 1000 premiers jours de l'enfant (de la conception à ses 2 ans) constituent une période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes (nutritionnel, écologique, socio-économique et les modes de vie) ont un impact sur son développement et sa santé future. Ils constituent donc une période d'opportunité permettant d'intervenir précocement pour agir sur les inégalités sociales de santé. C'est pour répondre à ces enjeux que la Stratégie nationale des 1000 jours a été développée.

Si elle a déjà a permis de renforcer les parcours autour des 3 moments clés que sont la grossesse, le séjour à la maternité et le retour à domicile, l'accompagnement doit être amélioré pour les personnes pour lesquels des vulnérabilités psychosociales ont été identifiées.

Parallèlement, la France connaît des difficultés dans l'organisation des soins périnataux et de pédiatrie. La Bretagne n'échappe pas à cette réalité et l'enjeu est de pouvoir organiser la continuité des soins afin notamment de répondre aux besoins des parturientes et de leurs familles tout en garantissant une sécurisation des naissances.

En Bretagne, il y a près de 30 000 accouchements par an. Des problématiques d'isolement existent dans certaines zones, des déficits en professionnels médicaux et paramédicaux de la périnatalité, qui rendent plus difficile encore l'accès au soin des personnes les plus isolées.

Les intervenants autour des familles durant les 1000 premiers jours étant nombreux, il convient de mettre en place une gouvernance facilitant la coordination des politiques, des acteurs et des actions durant cette période.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Accompagner les mutations de prise en charge sanitaires en périnatalité ;
- Repérer, anticiper l'accompagnement et les prises en charge des vulnérabilités psychosociales durant les 1000 premiers jours dans le respect des droits et des besoins des parents et des enfants ;
- Mieux prendre en compte les enjeux environnementaux durant les 1000 premiers jours.

6.1 Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Adapter le capacitaire de néonatologie aux besoins afin de limiter le recours aux transferts intra et inter-régionaux ;
- Favoriser les sorties de néonatologie en créant des équipes mobiles en liens avec les structures d'HAD ;
- Accompagner la structuration des transferts néonataux et pédiatriques ;
- Développer l'offre de psychiatrie périnatale et l'offre d'accompagnement psychologique de l'environnement de la naissance ;
- Améliorer le repérage des vulnérabilités et des orientations via la remobilisation des entretiens prénataux précoces, des staffs médico-psycho-sociaux, des entretiens post nataux précoces, …
- Améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes ayant des comportements addictifs durant la grossesse et après l'accouchement ;
- Prendre en charge de façon très précoce les bébés présentant des facteurs de risque pouvant impacter leur développement ;
- Proposer des consultations environnementales notamment dans le cadre des dispositifs de prévention des risques liés aux substances reprotoxiques ;
- Expérimenter des formes adaptées d'accompagnement des compétences parentales (Ex : Accompagnement à domicile renforcé PANJO dans une continuité ante et postnatale, Maisons 1000 jours…) ;
- Repérer, prévenir et accompagner les violences chez la mère et l'enfant ;
- Mobiliser les professionnels de santé libéraux en exercice cordonné dans les parcours 1000 jours ;
- Accompagner les professionnels et structures de la périnatalité et de la petite enfance dans la meilleure prise en compte des enjeux de santé environnementale durant les 1000 premiers jours ;
- Mieux informer et si besoin soutenir les mères dans leur choix du mode d'alimentation du nourrisson.

Les publics ciblés

- Les futurs et jeunes parents
- Les enfants de la naissance à 2 ans
- Les professionnels de la périnatalité
- Les professionnels de la santé et du social
- Plus globalement, les acteurs de la périnatalité et de la petite enfance

Les partenaires à mobiliser

- Caisses d'allocation familiales
- Conseils départementaux dont notamment Services de PMI
- Professionnels de santé en exercice coordonné et en établissement de santé
- Assurance maladie (CPAM / MSA)
- Réseau de périnatalité Bretagne
- Commissaire à la lutte contre la pauvreté/DREETS
- Acteurs de la santé et du social dont les associations
- Professionnels de santé libéraux

Les leviers et modalités de mise en œuvre

- ☒ Réglementation
- ☒ Financement
- ☐ Investissements
- ☒ Contractualisation
- ☒ Innovation
- ☒ Numérique en santé
- ☒ Formation
- ☒ Evaluation
- ☐ Inspection/contrôle
- ☒ Animation territoriale
- ☒ Surveillance et observation de la santé
- ☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ☒ Partenariat institutionnel
- ☒ Mobilisation de la démocratie en santé
- ☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
- ☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectifs 7 : Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins des accompagnements ◉ Objectifs 9 : Affirmer la place des usagers-citoyens dans le système de santé	◉ Stratégie régionale de lutte contre la pauvreté (Pacte des solidarités à partir de 2024) ◉ Stratégie des 1000 premiers jours ◉ Schémas départementaux des services aux familles ◉ Stratégie nationale de santé et stratégie pédiatrie ◉ Schémas enfance famille / Schémas des solidarités des départements ◉ Autres schémas ou plan 2024 relatifs au service public de la petite enfance

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de mère ayant dû être transférés, transferts in utéro	485 en 2022	390
Nombre de nouveau-né ayant dû être transférés	829 en 2022	665
Taux de femmes enceintes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce	69% en 2021	80% en 2026

6.2. Agir pour des réponses adaptées aux besoins de santé des enfants et des jeunes

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent généralement comme tel. Mais les comportements qui s'installent à cette période ainsi que leurs environnements physiques et sociaux conditionnent leur avenir en matière de santé.

Ainsi il existe un double lien entre santé et réussite scolaire et éducative. D'une part, les problèmes de santé physiques ou mentale influencent le développement des enfants et des jeunes et génèrent à un plus grand risque de décrochage scolaire. D'autre part, la réussite scolaire et éducative est un facteur important de réduction des inégalités de santé.

La crise sanitaire a mis en lumière ou à aggraver certaines problématiques : un usage excessif, voire inadapté des écrans, une augmentation de la sédentarité, une dégradation de la santé mentale des enfants et des jeunes, une détérioration de l'inscription dans les liens sociaux, un syndrome de manque de nature.

Des avancées ont été impulsées par le niveau national (1 consultation gratuite en santé sexuelle, gratuité de la contraception, SNPPE, Mon Psy), mais on note un intérêt à agir davantage et aussi de manière collective en direction d'enfants et de jeunes en situation de vulnérabilité.

Si le PRS 2 a permis de consolider certaines dynamiques, il convient de poursuivre telles que le développement de l'offre d'accueil et d'écoute jeunes, ou le déploiement de l'école promotrice de santé. Ce déploiement doit s'effectuer de façon partenariale et s'inscrire en lien avec des stratégies d'intervention dans les milieux de vie combinée à une intervention sur les comportements.

Par ailleurs, le renforcement du suivi des enfants aux âges clés reste une priorité de ce PRS. Il remet leurs besoins au centre de cet accompagnement.

Enfin, les intervenants autour des enfants et des jeunes étant nombreux, il convient de mettre en place une gouvernance qui facilite la coordination des politiques, des acteurs et des actions durant cette période.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Améliorer l'accès aux soins pédiatriques ;
- Développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes ;
- Structurer la prise en charge des violences faites aux mineurs ;
- Mieux prendre en compte la santé des enfants et des jeunes « protégés » ;
- Développer une offre généraliste d'accueil et d'écoutes jeunes qui soit lisible, de qualité et accessible à tous ;
- Prévenir les comportements défavorables et promouvoir la santé des jeunes en adaptant les stratégies d'intervention dans tous les milieux de vie (famille, école, université, structures…) ;
- Promouvoir des environnements favorables à la santé des enfants et des jeunes et notamment encourager l'accès à la nature.

6.2. Agir pour des réponses adaptées aux besoins de santé des enfants et des jeunes

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Faciliter l'accès aux soins non programmés en pédiatrie ;
- Développer une filière pédiatrique au sein des SAS ;
- Accompagner l'élargissement des compétences des puéricultrices en lien avec la réingénérie des études et l'élaboration de protocoles de coopération ;
- Structurer l'offre d'Unités d'accueil pédiatriques de l'enfance en danger et conforter une équipe pédiatrique référente enfance en danger ;
- Conforter l'offre d'accueil écoute jeunes autour des Points accueil écoute jeunes et des maisons des adolescents ;
- Définir et mettre en œuvre des priorités de santé en faveur des enfants protégés et des jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- Mettre en œuvre la stratégie intersectorielle de renforcement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes ;
- Promouvoir le mieux-être et prévenir la souffrance psychique des enfants et des jeunes via notamment des actions visant à apprendre à prendre soin de soi ;
- Prévenir et lutter contre la sédentarité des jeunes ;
- Prévenir les comportements addictifs et retarder l'entrée dans les consommations de substances psychoactives et les comportements addictifs ;
- Augmenter la couverture vaccinale contre le Papilloma Virus Humain ;
- Prévenir les risques auditifs liés à l'écoute de musique amplifiée ;
- Soutenir la démarche « Ecole promotrice de santé » ;
- Favoriser le suivi des enfants aux âges clés de leur développement via les examens obligatoires de l'enfant.

Les publics ciblés

- Les publics âgés de 3 à 25 ans
- Les parents
- Les professionnels de santé en ville et à l'hôpital

Les partenaires à mobiliser

- DREETS / Education nationale/Directions diocésaines de l'enseignement catholique
- Collectivités territoriales et locales
- Protection judiciaire de la jeunesse
- Assurance maladie (CAF / CPAM /MSA)
- Etablissements de santé
- MILDECA
- Les associations

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectifs 7 : Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes ◉ Conventions cadres ARS-Rectorat et ARS-Protection judiciaire de la jeunesse	◉ Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance / Stratégie de lutte contre la pauvreté ◉ Stratégie pédiatrie ◉ Schémas départementaux des services aux familles / Schémas départementaux enfance familles / Schémas départementaux de protection de l'enfance ◉ Stratégie nationale de santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de couverture vaccinal HPV chez les garçons et les filles (schéma 2 doses à 16 ans)	♂ 12 % / ♀ 53 % (2022)	80% (2030)
Pourcentage d'enfants et de jeunes (6-25 ans) ayant bénéficié d'un projet « prometteur » visant le renforcement des compétences psychosociales.	0,6% collégiens concernés par le programme UNPLUGGED en 2022	Augmentation
Taux de passage dans les services d'urgences des moins de 18 ans	24%	15%

6.3. Promouvoir la santé des femmes

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Avec une espérance de vie à la naissance de 85,4 ans en 2020, les femmes vivent en moyenne 6,1 ans de plus que les hommes. Cependant ces années de vie supplémentaires ne sont pas synonymes de bonne santé comme le traduit l'espérance de vie sans incapacité : 67 ans chez les femmes et 65,6 ans chez les hommes. Elles souffrent davantage de maladies chroniques et d'isolement, ce qui affecte leur qualité de vie.

Si les décès maternels dus à des hémorragies obstétricales ont diminué ces dernières années, on considère que plus de leur moitié peuvent être considérés comme évitables. Les suicides et maladies cardiovasculaires sont désormais les premières causes de mortalité maternelles.

De façon générale, les femmes souffrent davantage de pathologies autrefois considérées comme masculines. Cette évolution est due à un rapprochement des comportements masculins féminins (consommations de tabac et d'alcool notamment).

De plus, les normes sociales et les stéréotypes liés au genre jouent sur l'attitude des patientes et des professionnels de santé. A titre d'exemple, l'infarctus du myocarde des femmes reste sous diagnostiqué car considéré comme une maladie « masculine ». A l'inverse, l'ostéoporose est sous diagnostiquée chez les hommes alors qu'elle est responsable d'1/3 des fractures de la hanche. Les représentations sociales liées au genre influencent par ailleurs le vécu à la douleur (les femmes, supposées vulnérables, s'autorisent davantage à exprimer leur douleur, à l'inverse des hommes censés être « durs au mal » et « stoïques ».

Enfin, les femmes subissent davantage les conditions familiales et économiques précaires, des conditions de travail pénibles et les violences conjugales ou agressions, ce qui impacte leur santé.

Le Plan interministériel du 8 mars 2023 pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 « Toutes et tous égaux », consacre un axe à la santé des femmes construit autour de 3 grands objectifs stratégiques (Améliorer la santé sexuelle et reproductive, mieux prendre en compte les spécificités de la santé des femmes et renforcer l'accès des femmes à la santé). Certains de ces axes sont développés dans d'autres objectifs du PRS.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Définir et mettre en œuvre une stratégie régionale visant la réduction des inégalités de santé femmes/hommes ;
- Prendre en compte les interactions entre le sexe (biologique, physiologique…) et le genre (normes sociales, stéréotypes…) ;
- Renforcer l'accès et l'adaptation des soins et des services à la santé des femmes ;
- Améliorer la prise en compte de l'influence des conditions de vie, des préjugés et de l'environnement sur la santé des femmes.

6.3. Promouvoir la santé des femmes

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Documenter les inégalités de santé entre les femmes et les hommes ;
- Mettre en place une gouvernance permettant de définir une stratégie régionale ;
- Elaborer de façon concertée une feuille de route pluriannuelle s'appuyant sur le plan interministériel et la future stratégie nationale à venir ;
- Consolider et poursuivre le déploiement la filière de prise en charge de l'endométriose et former les professionnels au repérage ;
- Améliorer le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires (former à la symptomatologie des femmes, informer/sensibiliser les femmes) ;
- Prendre en compte les particularités liées aux femmes dans les politiques de prévention des addictions ;
- Consolider les dispositifs départementaux dédiés à la prise en charge des victimes de violences ;
- Poursuivre l'amélioration de l'accessibilité des IVG ;
- Améliorer l'accès aux soins et au suivi gynécologique en ville et à l'hôpital
- Améliorer l'accès et la continuité des soins des femmes détenues (suivi gynécologique, dépistage des cancers féminins) ;
- Garantir à toutes les personnes l'accès à l'assistance médicale à la procréation, y compris à visée sociétale ;
- Conforter le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et mobiliser des leviers adaptés pour permettre à toutes les femmes d'être dépistées selon les recommandations en vigueur ;
- Favoriser l'information des femmes sur leurs droits et leur santé.

Les publics ciblés

- Les femmes, notamment les plus vulnérables (précarité, vulnérabilités psychosociales, handicap…)
- Les professionnels de santé
- Les acteurs et opérateurs sociaux

Les partenaires à mobiliser

- Préfectures
- Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité femmes/hommes
- Collectivités territoriales
- Etablissements de santé
- Professionnels de premier recours
- Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités / DREALE
- Observatoire régionale de santé
- Réseau de périnatalité Bretagne
- CAF
- INSERM / EHESP
- DISP

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectifs 7 : Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes ◉ Objectifs 8 : Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et l'innovation en santé ◉ Objectifs 9 : Affirmer la place des usagers-citoyens dans le système de santé ◉ Objectif II.T.A : Activités cliniques et biologiques d'aide médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	◉ Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 ◉ Future stratégie nationale santé des femmes ◉ Stratégie 1000 premiers jours 2023-2027 ◉ Feuille de route n°2 de la stratégie nationale en santé sexuelle 2022-2027 ◉ Stratégie de lutte contre la pauvreté ◉ Grenelle des violences conjugales 2019 ◉ Feuille de route nationale PPSMJ (Personnes placées sous-main de Justice) ◉ Plan national et régional santé au travail

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde chez les femmes âgées de moins de 65 ans		
Prévalence du tabagisme chez les femmes en Bretagne	23,6%	

6.4 Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS)

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La loi de modernisation du système de santé en date du 26 janvier 2016 intègre le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) comme une **composante obligatoire** du Projet régional de santé. Il décline pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion les objectifs définis par le Schéma régional de santé (SRS).

Il a pour **objectif** de « favoriser un accès facilité et égalitaire à la prévention, à la promotion de la santé et au système de santé, et d'améliorer la cohérence dans le parcours de santé et de vie des personnes les plus démunies ».

Cet accès à la prévention et aux soins se matérialise par deux modalités d'actions complémentaires :

- Construire des actions et des dispositifs **adaptés**, prenant en compte les conditions de vie des personnes marquées par la cumulation d'inégalités sociales (ex : points santé, Equipe mobile psychiatrie précarité) ;
- **Faciliter l'accès au droit commun**, afin de renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes.

Le PRAPS concourt également aux objectifs du **Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale** qui vise dans le domaine de la santé à construire une nouvelle approche partenariale de proximité pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Le PRAPS fait l'objet d'une formalisation en propre conformément aux dispositions réglementaires et constitue l'un des 3 éléments du PRS (COS, SRS et PRAPS).

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

En Bretagne, le PRAPS comprend 5 grands chantiers, qui font l'objet de déclinaison par objectif et par action :

- **Axe 1 :** Poursuivre la transformation de l'offre santé-précarité et en améliorer la lisibilité ;

Objectifs : élaboration de schémas territoriaux santé précarité, communication sur l'offre, développement de l'interconnaissance…

- **Axe 2 :** Adapter le champ de la prévention et de la promotion de la santé à destination des personnes en situation de précarité ;

Objectifs : favoriser une approche globale de la prévention envers les personnes en situation de précarité, développer la pair-aidance et la participation des usagers…

- **Axe 3 :** Porter une attention spécifique aux démarches d'aller-vers et de ramener-vers le droit commun ;

Objectifs : développer et structurer l'aller-vers (équipes mobiles), expérimenter des actions pour ramener vers le droit commun

- **Axe 4 :** Prévenir les situations de rupture ;

Objectifs : Améliorer la coordination entre les acteurs pour anticiper les sorties des dispositifs, porter particulièrement attention aux parcours des femmes et des jeunes en situation de précarité

- **Axe 5 :** Agir pour la santé des personnes détenues et sortantes de prison.

Objectifs : Améliorer l'accès aux soins des personnes détenues, assurer la continuité de la prise en charge à la sortie…

Des feuilles de route annuelles, construites avec les différents partenaires et les usagers, viendront détailler le plan d'action par territoire.

6.4 Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS)

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Identifier les difficultés et besoins à l'échelle des EPCI en mobilisant les indicateurs socio-économiques et les bilans des dispositifs ;
- Mieux prendre en charge les soins spécialisés (ex : soins dentaires, dermatologie ...) via la délégation de tâches, la télémédecine...
- Communiquer sur l'offre santé-précarité via une plateforme numérique ;
- Etudier la possibilité de développer des staff précarité ;
- Adapter les actions de prévention existantes aux personnes en situation de précarité ;
- Expérimenter des actions probantes pour s'adapter aux situations complexes ;
- Structurer les dispositifs mobiles ;
- Expérimenter des actions pour favoriser l'accès à la santé de droit commun ;
- Agir sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé via des actions de formations, des échanges de pratiques…
- Soutenir les approches communautaires et de médiation en santé ;
- Mener une étude pour mieux prendre en charge le vieillissement précoce des personnes en situation de précarité ;
- Préfigurer des parcours de santé départementaux pour les personnes migrantes ;
- Améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes détenues.

Les publics ciblés

- Personnes en situation de précarité, économique et sociale
- Personnes sans-abris
- Personnes migrantes
- Personnes détenues et sortantes de prison

Les partenaires à mobiliser

- Fédération des acteurs de solidarité (FAS)
- Instance régionale des inégalités sociales de santé (IRISS)
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Observatoire régional de la santé de Bretagne (ORSB)
- Assurance Maladie
- Conseils départementaux
- URPS/CDOM
- DATASAM

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé ◉ Objectif 9.5 : Développer la participation citoyenne dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé ◉ Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés (SRADAIR) ◉ Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisée (PDALHPD)	◉ Stratégie nationale de lutte contre les addictions (MILDECA) et plan national de lutte contre le tabagisme ◉ Pacte des solidarités (2023) ◉ Stratégie « Ma Santé 2022 » ◉ Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ◉ Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » ◉ Feuille de route 2023-2028 personnes placées sous-main de justice ◉ Enfants : 1 000 jours, assises santé enfant et pédiatrie ◉ Plan national « Priorité Prévention » ◉ Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 ◉ Plan Logement d'abord

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de postes de travailleur-pair en santé/précarité	0	1 a minima d'ici 2027
Nombre de staffs précarité-santé	2	4

6.5 Accompagner les personnes migrantes vers l'accès aux droits et aux soins

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La migration est un phénomène mondial et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) identifie environ 281 millions de migrants dans le monde (3,6 % de la population, en 2020). Les déterminants de santé des personnes migrantes sont spécifiques et relèvent avant tout d'une **difficulté d'accès aux droits de santé et d'interprétariat professionnel** garantissant confidentialité, compréhension des soins, adhésion aux soins et autonomisation des personnes. L'état de santé des personnes dépend largement **des conditions dans lesquelles ils sont contraints de vivre et de travailler** tout en reconnaissant certaines **particularités liées à l'expérience** dans le pays d'origine, sur le trajet migratoire et dans le pays d'accueil qui peuvent générer des conséquences graves sur la santé somatique et psychique.

Plusieurs Bulletins épidémiologiques hebdomadaires présentant les résultats d'études sur des populations migrantes dans différentes structures montrent[1] :

- Une prévalence importante des problèmes de santé physique (maladies chroniques graves, pathologies infectieuses*) et psychique (troubles psychiques, psychotraumas) ;
- Une fréquence des épisodes épidémiques (gale, rougeole, varicelle) ;
- Un niveau de suivi prénatal très insuffisant et un risque accru de décès maternels.

Il est également important de noter que **le premier contact avec le système de soins des primo-arrivants a un impact significatif sur leur insertion dans le système de santé. A titre d'exemple,** l'allongement des délais pour obtenir les droits de santé induit une augmentation importante de personnes sans droits ouverts entraînant une perte de chance pour les personnes en plus d'augmenter les délais de file d'attente et les budgets des dispositifs santé-précarité. **Le taux de non recours à l'AME[2] est par ailleurs très important** (49%[3]), sans compter les discriminations dont peuvent faire l'objet les allocataires de l'AME pour obtenir un rendez-vous[4]. Ceci prive les personnes irrégulières d'un accès à la prévention tant sur le plan individuel que pour la société dans son ensemble, et entraîne des besoins en santé qui auraient pu être évités si les pathologies avaient été prises en charge plus précocement.

Dans ce contexte, les réponses apportées doivent s'adapter aux diverses situations en favorisant un accompagnement global, en renforçant l'accès aux droits et l'entrée vers le droit commun.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Permettre l'accès aux soins vers le droit commun ;
- Former les professionnels de premiers recours et sensibiliser/ mobiliser les travailleurs sociaux de toutes les structures pour améliorer l'ouverture des droits ;
- Développer, structurer et renforcer l'interprétariat professionnel en santé, gage de qualité des soins ;
- Améliorer la santé en prenant en compte les spécificités des parcours de vie, des parcours migratoires ;
- Favoriser la participation des personnes migrantes et faciliter la compréhension via la médiation interculturelle par exemple.

[1] « L'aide médicale de l'Etat : un filet de sécurité pour la santé publique à ne plus restreindre », Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers, Juin 2023
[2] Pour en bénéficier, il faut : être sans titre de séjour ; prouver sa résidence irrégulière en France depuis au moins 3 mois consécutifs ; déclarer des ressources inférieures à 810 €/mois pour une personne seule. C'est une couverture maladie d'un an dont le renouvellement n'est pas automatique.
[3] IRDES 2019, « Le recours à l'aide médicale de l'Etat des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignement de l'enquête Premiers pas », Questions d'économie de la santé, n°245
[4] « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'Etat », APM, 15 mai 2022

6.5 Accompagner les personnes migrantes vers l'accès aux droits et aux soins

Les principales actions à mener :
Que veut-on faire ?

- Renforcer l'accompagnement à l'accès aux droits de santé pour diminuer le non-recours ;
- Développer des ressources et des compétences individuelles et collectives avec des formations adaptées à l'intention des professionnels :
  - Pour les travailleurs sociaux afin de rendre effectif dès que possible l'accès aux droits de santé,
  - Pour les professionnels de santé (médecins généralistes, IDE libérales…),
- Structurer et développer l'interprétariat en médecine générale et plus largement dans le droit commun (exemple : CIME..) ;
- Expérimenter un accueil territorial précoce pluriprofessionnel sanitaire et social pour permettre une meilleure orientation vers le droit commun ;
- Promouvoir l'accès à un bilan de santé consenti pour les personnes primo-arrivantes en lien avec l'instruction de 2018 en assurant une continuité des soins ;
- Œuvrer pour un suivi et un accompagnement des personnes souffrant de psychotraumatismes ;
- Développer les actions de littératie et le « Facile à Lire et à Comprendre » ;
- Développer la médiation en santé ;
- Prévenir et gérer les épisodes infectieux ;
- Agir contre les facteurs systémiques qui produisent des situations de vulnérabilité (pratiques de discrimination, stéréotypes, difficultés d'accès aux institutions…) ;
- Favoriser les approches participatives en lien avec les SECPA.

Les publics ciblés

- Personnes migrantes

Les partenaires à mobiliser

- Fédération des acteurs de solidarité (FAS)
- Instance régionale des inégalités sociales de santé (IRISS)
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Observatoire régional de la santé de Bretagne (ORSB)
- Assurance maladie
- Collectivités territoriales

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé ◉ Objectif 9.5 : Développer la participation citoyenne dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé ◉ Schéma Régional d'Accueil des Demandeurs d'Asile et des Réfugiés (SRADAIR) ◉ Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisée (PDALHPD)	◉ Stratégie nationale de lutte contre les addictions (MILDECA) et plan national de lutte contre le tabagisme ◉ Pacte des solidarités (2023) ◉ Stratégie « Ma Santé 2022 » ◉ Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ◉ Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » ◉ Enfants : 1 000 jours, Assises santé enfant et pédiatrie ◉ Plan national « Priorité Prévention » ◉ Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 ◉ Plan Logement d'abord

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de médecins généralistes ayant conventionné pour un accès à un dispositif d'interprétariat		

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

7. Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes



7.1 Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La Bretagne, comme la France, va connaitre dans la future décennie une double révolution.

Un changement démographique avec une poursuite et une amplification du phénomène de vieillissement de sa population, ainsi l'effet boomers fait anticiper une augmentation de la population âgée de 75 ans et plus de près d'un tiers d'ici 2030. Par ailleurs, pour ce qui est une spécificité bretonne, le vieillissement de la population est amplifié du fait de l'attractivité de la région pour les retraités, notamment sur les zones du littoral.

La seconde révolution est épidémiologique. Le développement des maladies chroniques et de la polypathologie sont à l'origine d'une part importante de perte d'autonomie. Elles justifient une action précoce d'identification et de prise en charge des fragilités. Ces facteurs peuvent être à l'origine de certaines pathologies ou des déficiences qui se conjuguent aux affections pour diminuer l'autonomie. La prévention, qui n'a pas toujours été au premier plan des politiques publiques de la santé, peut être une source d'économies par rapport à la prise en charge curatives des affections. L'intégration du niveau de qualité de vie dans l'évaluation des impacts des actions mises en place renforce ce point de vue.

Cette intégration de la question de l'impact sur la qualité de vie dans les évaluations des actions menées en faveur d'une meilleure santé est essentielle en particulier si on intègre la notion que le risque d'accroissement de la dépendance pourrait être de plus de 30 % en Bretagne à l'horizon de 2030.

En outre la sociologie des personnes âgées évolue et met en avant leur désir de vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Elles ont plus de difficultés à envisager leur avenir en institution de soins collective du moins tel qu'elles existent actuellement.

Enfin, pour être en mesure de relever ces défis, il est important de favoriser la mobilisation des acteurs du domicile et du premier recours en s'appuyant notamment sur le développement des nouveaux modes d'exercice, en particulier les Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) permettant une intégration avantageuse de ces acteurs (domicile pour la dimension aide et soins, et les soins primaires).

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Développer tous les modes de prévention à tous les âges du vieillissement pour diminuer les facteurs de risques modifiables de perte d'autonomie, ou limiter l'impact des maladies, lorsqu'elles sont installées, sur la perte d'autonomie ;
- Accompagner la transformation des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans une perspective d'un meilleur accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie avérée en particulier si elles veulent et restent à domicile ;
- Mieux accompagner les publics et professionnels œuvrant dans l'écosystème gérontologique en renforçant les appuis sanitaires et les coopérations territoriales pour une amélioration de la réponse aux besoins de la population tant en termes de prise en charge en proximité qu'en termes de prise en charge experte ;
- Renforcer le pouvoir d'agir des personnes âgées.

7.1 Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Développer le repérage et l'évaluation des fragilités par les professionnels du 1er recours et les acteurs de l'accompagnement à domicile (sociaux et médicosociaux) en accompagnant la généralisation de l'utilisation de la méthode ICOPE (pour permettre la mise en place du plan antichute régional de façon efficace, structurée et opérationnelle autour de partenariats notamment avec les CFPPA, sans perdre l'avantage de capitaliser sur les expérimentations existantes et mises en place antérieurement sur certains territoires (ex: PAF, PAERPA, art 70), pour favoriser l'acculturation à la gériatrie des professionnels du soin mais aussi de l'accompagnement à domicile, pour permettre et favoriser le repérage opportuniste notamment, les professionnels du soin du premier recours travaillant de façon optimale en équipe de soins primaires ou au sein de structures de soins coordonnées ;
- Développer le repérage et la prise en charge du risque nutritionnel quel que soit le lieu de résidence des personnes âgées, adossé à un développement de la pratique physique adaptée, à tout âge, pour lutter efficacement contre l'aggravation et les conséquences du vieillissement musculaire et son impact sur la mobilité ;
- Travailler sur les bonnes pratiques de soins et d'accompagnement des personnes âgées (notamment en consolidant le rôle des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et autres acteurs/structures œuvrant dans la coordination), par une diffusion plus large de la bonne et juste gestion médicamenteuse, notamment par l'utilisation pertinente des techniques non médicamenteuses ayant fait la preuve de leur efficacité, notamment dans le cadre de la prise en charge des troubles neuropsychiques et cognitifs ;
- Favoriser les bonnes pratiques gériatriques par le développement de techniques d'accompagnement et conseils en expertise aux professionnels au travers de la télé santé, la poursuivre du développement de l'Evaluation thérapeutique pour les usagers, et plus largement grâce aux consolidations des collaborations territoriales vertueuses.

Les publics ciblés

- Les acteurs des soins aux personnes âgées
- Les établissements sanitaires et médico-sociaux
- Les usagers (patients et aidants
- Bénévoles

Les partenaires à mobiliser

- Les acteurs des soins aux personnes âgées
- Conférences des financeurs
- Les filières gériatriques
- Les établissements sanitaires et médico-sociaux
- La CARSAT, les mutuelles et complémentaires, l'Assurance Maladie
- Les conseils départementaux, les collectivités locales
- Le gérontopôle et ses partenaires de la Silver économie
- Les maisons sport/santé
- ERERB (espace de réflexion éthique régional breton)

Les leviers et modalités de mise en œuvre

- ☒ Réglementation
- ☒ Financement
- ☒ Investissements
- ☒ Contractualisation
- ☒ Innovation
- ☒ Numérique en santé
- ☒ Formation
- ☐ Evaluation
- ☐ Inspection/contrôle
- ☒ Animation territoriale
- ☒ Surveillance et observation de la santé
- ☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ☒ Partenariat institutionnel
- ☒ Mobilisation de la démocratie en santé
- ☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
- ☒ Autre : Ethique

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé ◉ Objectifs 4 : Garantir l'accès à une offre de soins et d'accompagnement adaptée sur les territoires ◉ Objectifs 6 : Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires ◉ Objectif 8.4 : Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé	◉ ART 51 ICOPE ◉ PAERPA ◉ Article 47 de la LFSS de 2022 créant une mission de centre de ressources territorial (CRT)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs seront précisés en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE

7.2 Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le vieillissement de la population et la transition démographique en cours ont pour conséquence l'augmentation de la population âgée. La structuration de l'offre devra répondre à l'**augmentation des besoins** qui découlera de cette transition démographique en intégrant le besoin de santé des aidants, soutiens du quotidien, en permettant notamment leur répit ce qui sera déterminant pour envisager durablement le maintien à domicile de la personne aidée.

Par ailleurs il est acquis que l**a majorité des Français plébiscite le maintien à domicile** en cas de perte d'autonomie ainsi bien que "vieillir à domicile" fait désormais partie des enjeux de société majeurs auxquels doivent répondre les politiques publiques. Elles doivent favoriser ce qui permet de soutenir l'autonomie et le maintien à domicile le plus longtemps possible.

Il s'agit d'un axe central fort pour soutenir les actions à venir, afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées, notamment des plus fragiles d'entre elles, comme le couple aidant/aidé.

L'accompagnement des **structures** dans **leur nécessaire transformation** s'opère donc dans le cadre du "virage domiciliaire". Cette transformation doit permettre une prise en charge à domicile de **qualité** qui vise le maintien autant que possible de l'autonomie.

Elle s'inscrit également dans un objectif permettant de répondre à l'enjeu du soutien à l'attractivité des métiers du grand âge. En effet, elle doit être permettre aussi de la diversification des parcours professionnels en offrant la possibilité de bénéficier de parcours alternatifs établissements / domicile, et contribuer ainsi à la fidélisation des professionnels quand ils sont sécurisés sur le fait qu'ils peuvent évoluer de l'un vers l'autre suivant leurs aspirations professionnelles, et « revenir » sans en être pénalisé.

En outre cette transformation par "l'ouverture" doit aussi favoriser une meilleure interconnaissance des acteurs, et donc contribuer à une meilleure coordination entre eux.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Transformer les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en services autonomie à domicile (SAD) pour répondre aux besoins et à l'évolution de ces besoins de soins et d'accompagnement de qualité et en sécurité à domicile ;
- Diversifier les solutions d'accueil temporaire et de répit ;
- Fluidifier les parcours des personnes âgées par l'hébergement temporaire post hospitalisation ;
- Prendre en compte la santé des aidants ;
- Développer l'accueil de jour en lien avec les besoins du domicile et des aidants ;
- Veiller à l'intégration de la problématique PA dans les projets de santé des structures portants les modes d'exercices coordonnées.

7.2 Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Accompagner la création des service autonomie à domicile (SAD) afin de répondre aux besoins des personnes âgées et personnes en situation de handicap ;
- Favoriser la rencontre de l'offre et de la demande médicosociales ou placer l'offre médicosociale et son panel diversifié de réponses aux besoins de la PA dans une approche dynamique aux besoins identifiées de l'usager et de son environnement notamment par le déploiement de VIA TRAJECTOIRE et de conduire les opérateurs MS à s'y connecter pour faciliter la rencontre entre offre et demandes dans les territoires ;
- Réaffirmer la place singulière et spécifique de l'hébergement temporaire dans le parcours de soin ;
- Travailler sur le positionnement, juste, dans le parcours de soin et santé de l'hébergement temporaire post hospitalisation (HTPH) ;
- Proposer des solutions d'accueil temporaire adaptées et orienter les aidants grâce aux plateformes de répit ;
- Sensibiliser les professionnels des soins de 1ers recours aux problématiques en relation avec les personnes âgées.

Les publics ciblés

- Les aidants
- Les personnes âgées
- Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les partenaires à mobiliser

- Conseils départementaux
- EHPAD
- Plateformes de répit
- SSIAD
- Les CPTS et les MSP
- Les DAC

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.5 : Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissement et services ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la QVCT des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectif 4.4 : Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en ville ◉ Objectif 7.1 : Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée ◉ Objectif 7.4 Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.2 : Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance et lutte contre la maltraitance	◉ Loi bien-vieillir ◉ Stratégie agir pour les aidants

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de couverture des Service Autonomie à Domicile (SAD)	0	100 %
Consommation de l'enveloppe dédiée à l'Hébergement Temporaire Post Hospitalisation (HTPH)	20 %	100%

7.3 Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit plus que jamais faire face au défi de la perte d'autonomie. En effet, l'entrée de plus en plus tardive des résidents présentant davantage de pathologies, entraîne un besoin d'évolution de ces établissements pour prendre en compte les besoins des personnes accueillies, notamment celles présentant des troubles cognitifs en lien avec les différentes maladies et affections neuro dégénératives.

L'enjeu principal est d'accompagner les EHPAD dans cette transformation à la fois pour permettre aux personnes de se sentir chez elles en établissement tout en permettant de la sécuriser et de lui apporter les accompagnements nécessaires à leurs besoins.

Il est également nécessaire d'accroitre la visibilité et la lisibilité de l'offre à destination des usagers notamment dans le couple aidant-aidé.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Accompagner les EHPAD pour favoriser le recrutement et la fidélisation des professionnels plus globalement investir le champ de l'attractivité des métiers du grand âge ;
- Poursuivre le déploiement des appuis sanitaires pour mieux accompagner les personnes âgées, diminuer le recours inadapté aux urgences et diminuer le nombre de ré-hospitalisations rapides et précoces ;
- Favoriser la mise en place d'actions en faveur de la qualité et de la prévention dans les EHPAD ;
- Favoriser la transformation du bâti et la transformation organisationnelle au bénéfice des résidents, des professionnels, des familles et des bénévoles ;
- Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées avec des troubles cognitifs ;
- Améliorer la réponse aux besoins des personnes handicapées vieillissantes ;
- Renforcer le rôle des usagers et la démarche éthique pour optimiser les accompagnements.

7.3 Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Engager une réflexion et accompagner les EHPAD pour permettre une plus grande attractivité des métiers du grand âge, notamment celui de médecin coordonnateur ;
- Rendre effectifs les appuis sanitaires en renforçant le déploiement des équipes mobile de gériatrie (EMG), de soins palliatifs (EMSP), d'hygiène et l'HAD sur l'ensemble du territoire ;
- Organiser des événements permettant de communiquer autour de la qualité des accompagnements, de la bientraitance, de l'éthique et de la prévention ;
- Promouvoir la formation et l'information des acteurs gériatriques et gérontologiques pour les inscrire dans une démarche d'amélioration continue de leurs pratiques médico-soignantes. Le domaine des thérapeutiques qu'elles soient médicamenteuses ou non-médicamenteuses, sera investigué ;
- Inscrire la réflexion sur une évolution architecturale dans les orientations de l'EHPAD de demain pour faire évoluer l'accompagnement proposé aux résidents, l'inclusion des résidents et améliorer les conditions de travail des professionnels ;
- Poursuivre le déploiement et améliorer la lisibilité des offres de service disponible, dont certains dispositifs spécifiques pour accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, et inscrire l'offre médico-sociale dans une dynamique de parcours de soins pour répondre aux besoins des usagers et de leurs proches ;
- Engager une réflexion sur les transformations possibles de l'offre, en favorisant notamment une meilleure répartition de l'offre entre EHPAD et FAM.

Les publics ciblés

- Les professionnels
- Les personnes âgées
- Les accompagnants
- Les bénévoles

Les partenaires à mobiliser

- Les EHPAD
- Les conseils départementaux
- Les établissements de santé
- Les professionnels de santé libéraux
- Les acteurs de la prévention / Les conférences des financeurs
- Espace régional éthique de Bretagne

Les leviers et modalités de mise en œuvre

- ☒ Réglementation
- ☒ Financement
- ☒ Investissements
- ☒ Contractualisation
- ☒ Innovation
- ☒ Numérique en santé
- ☒ Formation
- ☒ Evaluation
- ☒ Inspection/contrôle
- ☒ Animation territoriale
- ☐ Surveillance et observation de la santé
- ☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ☒ Partenariat institutionnel
- ☒ Mobilisation de la démocratie en santé
- ☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
- ☒ Autre : Ethique

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 2.3 : Renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée saine et durable ◉ Objectif 2.4 : Renforcer la pratique d'activité physique ◉ Objectif 5.6 : Conforter l'organisation territoriale en soins palliatifs ◉ Objectif 7.1 : Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée ◉ Objectif 7.2 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ◉ Objectif 7.4 : Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées ◉ Objectif 8.2 : Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance ◉ Objectif 8.4 : Promouvoir la place de la réflexion éthique dans toutes les dimensions du système de santé ◉ Objectif 9.3 : Déployer une politique de soutien aux aidants ◉ Objectif 9.4 : Conforter le rôle des usagers au sein du réseau des instances de démocratie en santé Version CSDU ◉ Objectif II.T.F : HAD	◉ La loi d'adaptation de la société au vieillissement ◉ La feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 ◉ Le pacte de refondation des urgences ◉ Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 ◉ La feuille de route de l'HAD 2021-2026

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de pôle d'activité et de soins adaptés autorisés	131	Augmentation
Taux de couverture des besoins des EHPAD en astreinte Infirmiers de nuit	50%	100%

7.4 Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La crise sanitaire, au travers notamment du constat d'isolement et de fragilité majeure de certaines structures d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD de petite taille, publique territoriale, en particulier), a pu mettre en exergue la nécessité de renforcer les coopérations territoriales (sanitaires, médicosociales et sociale pour favoriser et consolider une implication de l'ensemble de ces acteurs) pour répondre à l'enjeu majeur qu'est le respect de l'équité territoriale dans l'accès aux soins et de l'accompagnement pour une prise en charge en qualité et sécurité de la population fragile en particulier les personnes âgées.

Au-delà de cette situation issue de l'analyse de la crise sanitaire, il est notoire que la Bretagne est composée de zones à forte disparité en termes d'évolution démographique. Elles sont accompagnées d'autant de contrastes en termes d'offre de soins (équipement ou professionnels du soin), ce qui questionne l'équité territoriale.

Enfin l'existence d'une hétérogénéité dans la structuration des filières gériatriques participe également à ce questionnement autour de l'accès aux soins et justifie la nécessité de renforcer les coopérations territoriales.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Lutter contre l'isolement et la fragilité des structures et établissements prenant en charge les usagers âgés pour notamment favoriser l'équité d'accès aux soins et à l'accompagnement quel que soit le lieu de résidence en Bretagne ;
- Faciliter les collaborations et appuis entre acteurs (sanitaire, médicosociaux et sociaux) autour d'une responsabilité territoriale partagée en particulier en permettant aux acteurs du soin et de l'accompagnement de développer et partager les outils, les compétences et les ressources au profit d'une sécurisation des parcours des usagers.

7.4 Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Consolider les filières gériatriques dans leur dimension d'appui aux structures MS au travers de l'accompagnement dans le cadre de la mesure V, et plus largement consolider les appuis des structures sanitaires (hospitalières et ambulatoires) au profit des structures et professionnels du médicosocial ;
- Consolider les collaborations entre équipes mobiles externes (EMSP, EMG ext, EMPPA) à destination des EHPAD, et plus largement des domiciles ;
- Consolider le rôle des HAD en faveur des établissements médicosociaux (veille anticipée en EHPA, et au travers des organisations d'IDE mutualisés de nuit en EHPAD) ;
- Promouvoir l'innovation en Santé (outils et organisation) au profit des territoires, structures et usagers du système de soin et de santé ;
- Outiller le territoire de SI interopérables (ainsi que compétences à gérer ces SI), faciliter les collaborations et la coordination pour travailler avec les acteurs MS et sociaux, pour mettre en place des organisations permettant de partager projets, moyens et outils facilitant le partage d'information au profit d'un projet partagé ;
- Créer des espaces de travail et de réflexion communs pour favoriser l'interconnaissance entre les différents acteurs de la prise en charge en soin et en accompagnement des personnes âgées.

Les publics ciblés

- Usagers (en particulier couple aidant/aidé)
- ESMS, ES, acteurs du soin et de la santé
- Acteurs de la coordination des parcours et du soin

Les partenaires à mobiliser

- Conseils départementaux
- Fédérations sanitaires et médicosociales
- Assurance maladie, complémentaires
- Etablissements de santé, sanitaires et médicosociaux, acteurs sociaux

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation
☒ Financement
☒ Investissements
☒ Contractualisation
☒ Innovation
☒ Numérique en santé
☒ Formation
☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre
☒ Evaluation
☐ Inspection/contrôle
☒ Animation territoriale
☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Partenariat institutionnel
☒ Mobilisation de la démocratie en santé

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 3 : Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé ◉ Objectifs 6 : Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires ◉ Objectifs 7 : Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes ◉ Objectif 9.4 : Conforter le rôle des usagers au sein du réseau des instances de démocratie en santé	◉ Lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, ◉ Nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins, ◉ Innovation ◉ Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences ◉ Plan maladies neurodégénératives ◉ Plan National Soins Palliatifs ◉ PRAPS (Programme Régional d'Accès aux Soins pour les plus démunis).

Les indicateurs cibles

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux ESMS ayant conventionné avec un établissement de santé porteur d'une filière gériatrique au sein d'un Groupement hospitalier de territoire		

7.5 Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Certains troubles et handicaps sont repérés dès la naissance, d'autres plus tardivement, au cours du développement de l'enfant.

En effet, la plupart des enfants se développent, sur le plan moteur, sensoriel, en matière de sociabilité et de communication, par étapes. Celles-ci sont franchies en moyenne, dans les mêmes tranches d'âge.

Un retard dans ces acquisitions peut être le signe d'un écart de développement inhabituel, voire d'un trouble du neurodéveloppement pouvant se traduire, à terme, par un handicap.

Bien souvent, les familles témoignent des difficultés rencontrées dans le parcours de soins de leurs enfants. Elles entraînent des retards importants dans l'accès à un diagnostic et la mise en œuvre des accompagnements adaptés.

Aussi, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité en Santé (HAS) rappellent l'importance de repérer et de diagnostiquer précocement ces écarts de développement afin de pouvoir agir positivement sur la trajectoire développementale de l'enfant, en prévention du handicap.

L'organisation d'un parcours de repérage, de diagnostic, et d'accompagnement précoce, sécurisé et fluide répond à plusieurs enjeux :

- Prévenir le handicap ou limiter le risque de sur-handicap et améliorer les capacités d'autonomie de l'enfant, son projet de vie et celui de sa famille ;
- Permettre, le cas échéant, la reconnaissance d'un handicap, et le déclenchement des droits et de l'offre de services et de soins qui en découlent pour l'enfant et sa famille.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Améliorer la lisibilité du dispositif et organiser les articulations et complémentarités (gradation, relais) entre les différents acteurs intervenant dans le parcours de repérage, de diagnostic et/ou d'accompagnement de l'enfant, en tenant compte des spécificités territoriales ;
- Améliorer le repérage des écarts au développement des jeunes enfants par les acteurs de 1ère ligne intervenant dans le champ de la petite enfance (professionnels de l'accueil de jeunes en, école, professionnels de santé libéraux ou de PMI) ;
- Garantir l'accès à un accueil et une prise en charge adaptée à l'enfant et à sa famille par une équipe pluridisciplinaire de proximité, dans un délai raisonnable ;
- Prendre en compte la parole des parents et développer leur pouvoir d'agir, en les associant dès le démarrage du processus de repérage et d'évaluation diagnostique et à toutes les étapes de l'accompagnement de leur enfant.

7.5 Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Sensibiliser et former les acteurs de 1ère ligne au repérage/ dépistage des écarts de développement de l'enfant pouvant entrainer un handicap ;
- Sensibiliser et former l'ensemble des acteurs de 2ème ligne aux modalités de diagnostic et d'accompagnement adaptées, en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS pour les différents types de troubles ;
- Promouvoir avec les centres ressources et équipes d'appui, l'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS, et diffuser l'expertise relative aux différents troubles et handicaps ;
- Clarifier les missions respectives des différents dispositifs et professionnels intervenant dans le parcours de l'enfant et la gradation des réponses à apporter ;
- Poursuivre l'amélioration du maillage territorial et du calibrage de l'offre de diagnostic et d'intervention précoce ;
- Réduire les délais et les listes d'attente dans les CAMSP, CMPP et CMP, tout en améliorant la précocité de l'accueil ;
- Développer les actions de guidance parentale.

Les publics ciblés

- Enfants présentant des écarts de développement
- Enfant vivant avec un handicap
- Famille
- Professionnels intervenant dans le parcours de diagnostic et d'accompagnement de l'enfant

Les partenaires à mobiliser

- Acteurs de première ligne : professionnels de la petite enfance, de l'Education nationale, PMI, professionnels libéraux médicaux et paramédicaux
- Acteurs de 2ème ligne ou spécialisés : CAMSP, CMPP, PCO TND, équipes de professionnels libéraux coordonnées par un médecin, SESSAD, SSR, IME, services de pédiatrie…
- Equipes ressources ou d'appui : centres ressources autisme, TSLA, polyhandicap, déficience intellectuelle, handicaps rares, réseau Bien Grandir en Bretagne
- Associations d'usagers et de familles

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 5.1 : Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale ◉ Objectif 6.1 : Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes	◉ Stratégie des 1000 jours ◉ Stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement ◉ Conférence nationale du Handicap 2023

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
File active des plateformes d'orientation et de coordination pour les enfants avec troubles du neurodéveloppement		Augmentation
Nombre d'enfants inscrits sur une liste d'attente ou en attente d'un premier rendez-vous en centre d'action médico-social précoce (CAMSP)		Diminution
Part des enfants de moins de 47 mois dans la file active des CAMSP		

7.6 Renforcer l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le droit à l'éducation pour tous les enfants, quel que soit leur handicap, est un droit fondamental. Tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. À cet effet, *la scolarisation inclusive de tous les enfants, sans aucune distinction,* est prévue dans le Code de l'Education (L111-1).

L'inclusion des enfants en situation de handicap en milieu scolaire ordinaire est un enjeu fondamental d'égalité, socle d'une société plus juste.

Depuis 2005 et la loi pour l'égalité des droits et des chances, qui affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés est en augmentation croissante. Lors de la rentrée 2022, quatre fois plus d'enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire qu'en 2005.

Depuis 2018, le fonctionnement en dispositif intégré DITEP permet d'adapter les modalités d'accueil et de scolarisation aux besoins évolutifs des jeunes accompagnés présentant des difficultés psychologiques. Cette adaptation au plus près des besoins, qui vise à fluidifier les parcours, tant thérapeutiques, éducatifs que scolaires et favoriser l'inclusion en milieu ordinaire (école, domicile) a vocation à se développer, en coordination entre les partenaires (ESMS, MDPH, Education Nationale). Cette modularité implique la prise en compte des droits connexes (accompagnement des temps périscolaire et parascolaire, transport etc.).

Toutefois, l'accès à une scolarisation inclusive de qualité pour les enfants et jeunes accompagnés par des ESMS demeure un enjeu partagé avec l'Education Nationale. Il s'agit de construire les coopérations ESMS / établissements scolaires permettant d'adapter les réponses au plus près des besoins des enfants : temps partagé, évolution des modes de scolarisation, adaptation pédagogique. A cet égard, la scolarisation de enfants polyhandicapés constitue un point d'attention spécifique.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Mieux prendre en compte les besoins (pédagogiques, éducatifs, thérapeutiques, etc.) des enfants accueillis en milieu ordinaire ;
- Mieux prendre en compte les besoins d'appui de la communauté éducative en milieu ordinaire (Appui-Ressource des ESMS) ;
- Développer les scolarités partagées entre milieu ordinaire et milieu spécialisé ;
- Permettre à davantage d'élèves en situation de handicap d'accéder à une scolarité de qualité en milieu ordinaire.

7.6 Renforcer l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

Une coopération territoriale renforcée entre les établissements et services médico-sociaux (ESMS) et les établissements scolaires au bénéfice des enfants en situation de handicap :

- Appuyer et soutenir l'expertise des ESMS auprès communautés éducatives (établissements scolaires publics, privés et agricoles) – via les EMAS Equipes mobiles d'appui à la scolarisation mais aussi en subsidiarité auprès du droit commun ALSH, clubs sportifs, etc. ;
- Favoriser la coopération des acteurs au services des parcours scolaires, autour des PIAL (Pôles Inclusifs d'accompagnement Localisés) de l'Education Nationale et des ESMS du territoire : scolarités partagées, unités d'enseignement externalisées ;
- Promouvoir le fonctionnement en « dispositifs » intégrés, qui permet d'adapter l'accompagnement et le mode de scolarisation aux besoins évolutifs de l'enfant (modularité) ;
- Faciliter la prise en compte des besoins périphériques pour l'inclusion scolaire : les transports scolaires, les aménagements de locaux (accessibilité universelle), l'accueil en périscolaire.

Les publics ciblés

- Les enfants en situation de handicap

Les partenaires à mobiliser

- Education nationale ;
- Enseignement diocésain ;
- Enseignement agricole ;
- Etablissements et Services Médico-sociaux (ESMS) Enfants ;
- Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- Conseils départementaux ;
- Association d'usagers ;
- Conseils régionaux ;
- Communes

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 7.7 : Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ; ◉ PRITH Programme Régional pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés.	◉ Décret « Coopération » entre ESMS et établissements scolaires annoncé ; ◉ Perspective de fonctionnement en dispositif intégré pour les Instituts Médicaux Educatifs (IME).

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Pourcentage d'enfants inscrits en établissements médico-sociaux poursuivant une scolarité partagée	18.2	Augmentation
Taux de coopération entre ESMS et établissements scolaires	18.6%	Augmentation

7.7 Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La 6e Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 rappelle le caractère prioritaire des politiques publiques destinées à garantir l'accès aux droits fondamentaux et universels, ainsi qu'à la pleine citoyenneté, des personnes vivant avec un handicap : de l'école à l'emploi, de la maison à la cité.

La possibilité d'accéder librement à un travail fait partie intégrante de cette priorité dans le cadre d'une société inclusive. L'offre de service doit par conséquent être à la hauteur de cette ambition, et servie à la fois par le service public de l'emploi et les priorités d'accompagnement et de transformation de l'offre médico-sociale.

L'enjeu est de favoriser le pouvoir d'agir des personnes dans leurs choix professionnels, la co-construction des projets et la diversification des accompagnements à la formation et à l'insertion professionnelles en favorisant le plus possible les parcours de droit commun.

Diversifier les accompagnements dans l'emploi de droit commun, protégé et favoriser des parcours évolutifs dans le temps et souples dont les parcours partagés protégés/droit commun est également un enjeu fort dans le cadre du plan de transformation des ESAT et le développement de l'emploi accompagné.

La transition entre le secteur scolaire et le secteur professionnelle doit être faciliter en favorisant les interactions entre ces deux secteurs.

Identifier les freins connexes (et contribuer à les lever) liés au logement, aux mobilités, à la diminution de revenus, à l'adaptations des formations professionnelles de droit commun… est un facteur important le développement de la fluidité des parcours professionnels ou des formations professionnelles.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Inscrire les priorités régionales liées à l'emploi des personnes en situation de handicap dans une collaboration accrue entre acteurs du milieu ordinaire de travail et acteurs du champ médico-social, au niveau régional et départemental ;
- Articuler les offres de formation et d'accompagnement dans l'emploi mobilisables pour les personnes handicapées (gouvernance, Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés [PRITH]…) ;
- Poursuivre le développement et la transformation de l'offre pour favoriser l'accompagnement et l'inclusion dans le milieu ordinaire de formation et de travail (développer l'emploi accompagné, Accompagner la transformation des ESAT, des ESRP/ESPO ;
- Développer les interactions entre le secteur scolaire accueillant des élèves handicapées et le secteur professionnel (ordinaire et protégé).

7.7 Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Favoriser la participation des acteurs et la conduite de projets dans le cadre du Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) et de sa gouvernance régionale ;
- Consolider les gouvernances départementales en élargissant progressivement la logique des plateformes "emploi accompagné" aux priorités liées à la formation professionnelle et à l'emploi des personnes en situation de handicap ;
- Accompagner la transformation des Etablissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) et Etablissements et services de pré-orientation (ESPO) vers des interventions hors les murs auprès des personnes accompagnées ou des professionnels ;
- Consolider et développer la montée en puissance de l'emploi accompagné ;
- Mettre en œuvre du plan de transformation des Etablissements ou services d'aide par le travail (ESAT) :
  - S'appuyer sur un groupe de travail régional chargé faciliter les orientations partagées entre milieu ordinaire de travail et milieu protégé,
  - Faciliter et valoriser l'ensemble des accompagnements permettant l'accès au milieu ordinaire de travail,
  - Accompagner l'évolution des métiers de l'accompagnement des travailleurs en situations de handicap : conseiller en insertion professionnel, job coach, ...
- Faciliter les liens entre le secteur solaire et le secteur professionnel ;
- Articuler les offres de services en faveur des travailleurs handicapés (en formation, en poste ou en recherche d'emploi) des différents financeurs : AGEFIPH, service publique de l'emploi, Conseil régional, offre médico-sociale…

Les publics ciblés

- Les personnes vivant avec un handicap en situation d'emploi en milieu ordinaire, en milieu protégé et en recherche d'emploi
- Les opérateurs de l'emploi accompagné
- Les ESAT
- Les ESRP et ESPO
- Les employeurs potentiels

Les partenaires à mobiliser

- Le Service Public de l'Emploi
- Fédérations médico-sociales, dont les fédérations et associations professionnelles représentatives des ESAT
- DREETS et DDETS
- L'Education Nationale
- AGEFIPH et FIPHFP
- Les MDPH
- Le Conseil Régional
- Les Conseils départementaux
- Les réseaux d'entreprises

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Politiques d'inclusion scolaire des élèves handicapés ◉ Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH)	◉ Conférence nationale du handicap (CNH) ◉ France travail (politiques de l'emploi) ◉ Plan national de transformation des ESAT

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
File active des plateformes « emploi accompagné »		Augmentation
Nombre de travailleurs handicapés en ESAT en double activité (ESAT et milieu ordinaire)		

7.8 Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les personnes vivant avec un handicap consultent plus tardivement, présentent des situations d'urgences plus fréquentes, des problèmes de santé plus complexes et ont insuffisamment accès aux campagnes nationales de prévention. Elles ont fréquemment des difficultés à exprimer une douleur. Or une bonne santé est la première condition à l'inclusion dans la société, le prérequis à l'exercice des droits fondamentaux. Elle se construit avec les personnes pour les rendre pleinement actrice de leur santé.

La méconnaissance du handicap et l'absence de formation spécifique figurent parmi les principaux obstacles identifiés auprès des professionnels de santé, mais également des aidants. Il est nécessaire de sensibiliser, d'informer, former et diffuser les bonnes pratiques afin que les personnes en situation de handicap puissent dans la plus grande majorité des cas avoir accès à une offre de santé dans le droit commun.

Dans les cas où cela n'est pas possible, une offre de soin dédiée et tenant compte des spécificités des personnes en situation de handicap s'est mise en place en Bretagne, articulée autour du pôle ressource Breizh Santé Handicap dans un esprit de gradation de l'offre et selon un principe de subsidiarité. Il s'agit pour les années à venir de poursuivre le déploiement de cette offre en l'articulant avec les expérimentations innovantes (Facilisoins, Breizh bucco-bus, Handinov, Modidol, Handibloc, …).

Le questionnaire HANDIFACTION donne la parole aux personnes concernées pour évaluer leur parcours de soin et les effets de la charte Romain Jacob. Les indicateurs issus du baromètre HANDIFACTION pour l'année 2022 montrent qu'il reste encore des progrès à faire avec :

- Un taux de refus de soins en Bretagne à 15% (national : 14%) ;
- Un taux d'acceptation de l'accompagnant à 86% (national : 84%) ;
- Un taux de prise en compte de la douleur à 74% (national 75%).

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Mobiliser les acteurs de droit commun pour permettre une plus forte accessibilité aux soins de ville et hospitaliers, pour des parcours plus fluides, plus protecteurs du libre choix des personnes ;
- Diffuser la connaissance sur les spécificités du soin chez la personne en situation de handicap et harmoniser les pratiques des professionnels de santé à l'échelle régionale ;
- Consolider et structurer les équipes ressources et d'appui dédiées (pôle ressources Breizh Santé Handicap et Handiacces) afin de promouvoir et favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et assurer la mise en réseau des acteurs sur le territoire breton ;
- Mieux prendre en charge la douleur et accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap ;
- Améliorer le dépistage des cancers pour toutes les personnes vivant avec un handicap.

7.8 Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Sensibiliser et former les professionnels de santé aux spécificités du soin chez la personne en situation de handicap ;
- Identifier des référents handicap dans chaque établissement de santé et organiser l'animation de ce réseau en s'appuyant sur les 4 Handiacces et le pôle ressource Breizh Santé Handicap ;
- Améliorer la prévention et l'accès aux soins gynécologiques pour les femmes accueillies en ESMS par le déploiement de la démarche Handigyneco en Bretagne ;
- Accompagner l'organisation d'une offre régionale de soins bucco-dentaires ;
- Développer le recours aux structures spécialisées douleur chronique, à la HAD et aux soins palliatifs.

Les publics ciblés

- Les usagers et leurs familles
- Les établissements sanitaires publics et privés dont les établissements de psychiatrie
- Les établissements médico-sociaux
- Les professionnels de santé libéraux

Les partenaires à mobiliser

- Le pôle Breizh santé handicap
- Les 4 HANDIACCES
- Les DAC et les CPTS
- Les médecins somaticiens des établissements de psychiatrie
- Les services d'HAD
- Les expérimentations en cours au titre de l'article 51 : FACILISOINS, Breizh Buccobus, HANDINOV
- La plate-forme d'expertise maladie rare de Bretagne
- Les centres douleurs chronique, les équipes mobiles en soins palliatifs et le réseau La Brise

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectif 5.5 : poursuivre la structuration des filières de prise en charge des personnes atteintes de maladies rares ◉ Objectif II.T.L : Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) ◉ Expérimentations article 51 : FACILISOINS, Breizh Buccobus, HANDINOV	◉ Conférence National du Handicap du 26 avril 2023 ◉ Comité interministériel du Handicap ◉ Stratégie nationale autisme

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de refus de soins en Bretagne dans baromètre HANDIFACTION	21 % en Bretagne au 1er trimestre 2023	Diminution
Nombre de personnes accompagnées par les HANDIACCES en Bretagne par an		Augmentation
Nombre de consultations réalisées dans le cadre du programme HANDIGYNECO		Augmentation

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

8. Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et l'innovation en santé

8.1 Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La qualité et la sécurité des soins et des accompagnements est une exigence légitime de la part des usagers, de leur entourage et de leurs représentants et demeure une préoccupation de l'ensemble des professionnels de santé, soignants, personnels administratifs et personnels techniques.
Dans un contexte de tensions de l'ensemble du secteur de la santé, les professionnels témoignent des difficultés qu'ils rencontrent « *à délivrer aux patients et aux personnes accueillis une qualité des soins et des accompagnements à la hauteur de ce qu'ils souhaiteraient* »[4]. De leur côté, les usagers expriment le sentiment que *« le système de santé apporte de moins en moins de réponses adaptées à leur quotidien et leurs besoins* ».
Il convient donc d'agir pour :

- Retrouver la confiance des usagers dans le système de santé ;
- Cultiver le sens au travail pour les professionnels à partir d'une approche positive, continue et collective de la qualité de soins ;
- Reconnaître et valoriser le travail des professionnels et des équipes qui concourent à la qualité et à la sécurité des prises en charge ;
- Agir sur les conditions de travail des professionnels afin de lutter contre la qualité empêchée ;
- Faire des usagers du système de santé, un acteur contribuant à l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement ;
- Garantir la qualité et la sécurité des soins comme fondement de l'éthique en santé.

La qualité et la sécurité des soins et de l'accompagnement sont à appréhender comme un levier de management pour les professionnels et leur environnement de travail, ainsi que comme une démarche permanente dans le quotidien des directions, des professionnels et des usagers.
Pour répondre à ces enjeux, les différents acteurs de la santé ont un rôle à jouer que ce soit au niveau national (ministère, Haute autorité en santé…), au niveau régional (ARS, fédérations, URPS …) ou local (direction d'établissements et professionnels médicaux/non médicaux…).

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Développer le management de la qualité dans tous les secteurs de la santé et structurer l'organisation et le pilotage des activités en prenant en compte la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ;
- Faire de la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements l'affaire de tous et ce tout au long de l'année ;
- Renforcer les formations actuelles, initiale et continue, des professionnels en incluant notamment :
  - Les personnes concernées ou leurs représentants dans la formation initiale et continu des professionnels,
  - L'évaluation des pratiques professionnelles,
- Favoriser les démarches qualité selon des méthodes plurielles et diversifiées, tout en prenant en compte le référentiel national de la HAS ;
- Valoriser et capitaliser les actions qualités développées par les directions d'établissements et services, et les professionnels ;
- Renforcer la culture du signalement et l'analyse des Évènements Indésirables à l'échelle des GHT pour les établissements de santé, des gestionnaires pour les ESMS dans une approche liée à une culture positive des erreurs ;
- Favoriser la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, avec l'appui des centres ressources ;
- Evaluer, mesurer et analyser la qualité des soins et des accompagnements
- Renforcer la coordination et la coopération entre les acteurs du système de santé en travaillant sur l'axe qualité et sécurité des soins et des accompagnements ;
- Développer des solutions soutenant le partage d'information ;
- Accompagner le développement des Système d'Information Qualité ;
- Développer l'intégration des usagers et des patients dans les politiques qualité ;
- Utiliser les données qualité comme outils d'évaluation des organisations mises en place (à l'échelle des établissements des GHT ou gestionnaire).

[4] Lettre ouverte du Collège de la HAS à tous ceux qui œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements – 31 mars 2022

8.1 Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Sensibiliser, former, accompagner les directions d'établissements, l'ensemble des professionnels médicaux, non médicaux (…) avec l'appui des centres de ressources, des structures d'appui et d'accompagnement (CAPPS, CREAI, EREB, CPIAS, France Assos Santé) :
  - À la démarche qualité, aux dispositifs (certification/évaluation) et les outils associés,
  - Aux recommandations de bonnes pratiques,
  - À l'accueil des personnes vulnérables dont celles en situation de handicap,
- Développer les savoirs et compétences des acteurs médico-sociaux, sanitaires, ambulatoire de proximité pour limiter les risques de ruptures ou d'accompagnements inadaptés ;
- Dynamiser les réseaux et partenariats et organiser le partage d'informations et d'outils adaptés ;
- Recenser et proposer des actions probantes sur le volet Qualité dans les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) / Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) notamment via le biais des accords conventionnel interprofessionnel (ACI) ;
- Mettre en place des actions permettant de renforcer la culture du signalement et l'analyse des causes profondes ;
- Mettre en place une base de données / observatoire recensant les données sur la qualité (certification, évaluations, signalements, réclamations, indicateurs qualité…) ;
- Réaliser des bilans des résultats de certification / Evaluation / Inspection pour définir un plan d'actions répondant aux besoins du terrain ;
- Recenser et s'appuyer sur les initiatives de terrain pour valoriser, capitaliser et dupliquer dans la région Bretagne ;
- Expérimenter des référents qualité mutualisés dans les ESMS ;
- Renforcer les Systèmes d'information Qualité.

Les publics ciblés

- Personnes concernées et leurs représentants, usagers,
- Etablissements et Service Médico-sociaux
- Etablissements de santé
- Offre de soins de proximité
- Professionnels de santé libéraux
- Acteurs du champ social et médico-social au domicile

Les partenaires à mobiliser

- Structure Régionale d'Appui Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé (SRA CAPPS Bretagne)
- Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)
- Commission Spécialisée Droits des Usagers
- Espace de Réflexion Ethique de Bretagne (EREB)
- France Assos Santé représentants des Usagers
- Groupe Qualité APIMED
- Acteurs ressources du secteur des Personnes en situation de Handicap (Pôle ressource Polyhandicap, Pôle ressources Breizh Santé Handicap, etc.

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☒ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 6.4 : Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS) ◉ Objectif 8.4 : Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé ◉ Objectif 9.2 : Soutenir le partenariat en santé ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé ◉ Objectif III.B : Décliner le PRS dans les territoires par le développement des relations contractuelles	◉ Campagnes de certification des établissements de santé ◉ Evaluation des établissements médico-sociaux ◉ Déclaration de signalements

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux d'établissement de santé ayant été certifiés avec mention		100%
Taux d'établissements et services médico-sociaux ayant une évaluation très satisfaisante ou optimisé		

8.2 Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Suite à la « Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité », la définition de la maltraitance apparait à l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles. Elle est entrée en vigueur le 09 février 2022 : "*La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.*"

Les deux dernières années ont été marquées par des actualités mettant en évidence des situations de maltraitance, notamment dans les EHPAD. Ces situations inacceptables, qui ont été rendues publiques, ont permis aux usagers, professionnels de libérer la parole, de dénoncer des pratiques intolérables et ainsi lutter contre la maltraitance. Pour autant ces situations ont un impact défavorable sur les EHPAD et plus globalement sur les ESMS et on fait oublier toutes les actions menées au sein de ces mêmes structures en faveur de la Bientraitance. Par ailleurs, la maltraitance est très souvent vu du côté de l'usager mais il convient aussi de prendre en compte celle que les professionnels du système de santé sont susceptibles de subir.

L'enjeu est donc de définir une politique régionale visant à promouvoir la bientraitance tout en luttant contre la maltraitance. Elle doit viser l'ensemble des personnes en situation de vulnérabilité et les professionnels, dans tous les secteurs de la santé (hospitalier, médico-social, ambulatoire). Il s'agit également de mobiliser l'ensemble des acteurs, directions d'établissements, professionnels de santé, force de l'ordre et de la justice, personnes accompagnés, représentants des personnes accompagnés…, afin de mieux répondre et prévenir la maltraitance.
L'incitation aux signalements et la capacité des acteurs à les traiter dans des conditions adaptées de partage d'information constitue un autre point d'attention.
Enfin, les enjeux sectoriels (tensions sur les ressources humaines, taux encadrement, etc.) comme les questions éthiques sont des paramètres supplémentaires à intégrer dans la définition des objectifs régionaux en la matière.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Décliner au niveau régional la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances ;
- Promouvoir une culture commune de la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance pour et avec, les professionnels et les usagers des secteurs sanitaire, médico-social, ambulatoire en prenant en compte le parcours de soin ;
- Faire de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance un axe du management par la qualité et la gestion des risques en l'orientant pour les usagers ainsi que leurs proches et pour les professionnels de santé ;
- Développer une approche relationnelle bientraitante et empathique ;
- Communiquer auprès du grand public sur la possibilité de signaler des actes de maltraitance mais aussi pour mettre en avant des actions contribuant à la bientraitance ;
- Améliorer la structuration du processus de traitement des situations de maltraitance (facilitation de la déclaration, optimisation du traitement, coordination des acteurs) » en lien avec la gestion des réclamations et des évènements indésirables graves associées aux soins (EIGS) ;
- Valoriser et capitaliser sur les actions des établissements, professionnels concourant à la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance ;
- Accompagner l'usager dans le respect de ses choix et de sa vie privée ;
- Accompagner les professionnels et les usagers dans le domaine de la réflexion éthique.

8.2 Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Sensibiliser, accompagner, former les acteurs du système de santé (institution, établissement, professionnels, justice…quel que soit le secteur) ainsi que les usagers notamment :
  - Au repérage précoce de situation de maltraitance,
  - A l'importance du signalement des faits de maltraitance,
  - A la prise en compte de la parole des personnes concernées,
  - A prendre soin dans le respect des particularités de chacun,
  - Aux droits des personnes accompagnées,
- Mettre en place le formulaire Maltraitance en ligne sur le site internet de l'ARS pour faciliter les déclarations pour les usagers ;
- Faire vivre les instances de recueil, de traitement et de suivi des réclamations et des signalements ;
- Développer des outils visant à favoriser les échanges, évaluer le risque de maltraitance sur les personnes vulnérables et questionner les pratiques comme par exemple la mise en œuvre de « café éthique » dans les établissements ;
- Faire émerger les initiatives/actions mises en œuvre sur le territoire via des appels à projet notamment ;
- Développer une plateforme visant à valoriser et capitaliser sur les bonnes pratiques bientraitance (vidéos…) et s'appuyer sur le label national « droits des usagers de la santé » ;
- Produire des bilans annuels des évènements indésirables et des réclamations portant sur la maltraitance dans les établissements avec un focus par type de structure et définir un plan d'actions associé ;
- Développer et renforcer le rôle et les missions des personnes qualifiées ;
- Promouvoir le Facile À Lire et à Comprendre (FALC) ;
- Proposer des solutions pour les situations urgentes (ex : agressions sexuelles entre résidents/usagers d'une même structure) ;
- Soutenir les cellules de soutien éthique ;
- S'appuyer sur la contractualisation avec les établissements et le dispositif des évaluations/certification ;
- Dédier des séances Conseils de vie sociale (CVS) ou Commissions des usagers (CDU) à une revue et analyse des signalements, des réponses et des actions de prévention.

Les publics ciblés

- Personnes concernées et leurs représentants, usagers,
- Etablissements et Service Médico-sociaux
- Etablissements de santé
- Offre de soins de proximité
- Acteurs du champ social et médico-social au domicile

Les partenaires à mobiliser

- Espace de Réflexion Ethique de Bretagne (EREB)
- Structure Régionale d'Appui Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé (SRA CAPPS Bretagne)
- Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)
- Commission Spécialisée Droits des Usagers
- France Assos Santé
- Les représentants du personnel

Les leviers et modalités de mise en œuvre

- ☒ Réglementation
- ☐ Financement
- ☐ Investissements
- ☒ Contractualisation
- ☐ Innovation
- ☐ Numérique en santé
- ☒ Formation
- ☒ Evaluation
- ☒ Inspection/contrôle
- ☒ Animation territoriale
- ☒ Surveillance et observation de la santé
- ☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ☒ Partenariat institutionnel
- ☒ Mobilisation de la démocratie en santé
- ☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
- ☒ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 3 : Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 6.4 : Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS) ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.4 : Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé ◉ Objectif 9.2 : Soutenir le partenariat en santé ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé	◉ Kit de formation en ligne : https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne- (avril 2023) ◉ Rapport IGAS sur le circuit d'alerte – mai 2023 ◉ Rapport de conclusion des Etats généraux des maltraitances – (à venir - 6 septembre 2023) ◉ Rapport « Maltraitances et réponses citoyennes territorialisées »de la Conférence Nationale en Santé (à venir été 2023) ◉ Haut Conseil de santé publique pour un état des lieux des connaissances scientifiques fin 2023 ◉ HAS - Outil de repérage et d'intervention sur les maltraitances à domicile et en établissement (à venir) ◉ Futur guide de bonnes pratiques professionnelles relatif au déploiement de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance en établissements (sanitaire, médicosocial, et social) - HAS (ANCREAI, FORAP, et autres Fédérations) ◉ Ministère des Solidarités « Repérage précoce et orientation des personnes victimes de maltraitances à domicile et en ville » ◉ Bilan et analyse du Plan IC EHPAD 2022-2024

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de réclamations maltraitance reçues dénonçant des faits de maltraitance		Diminution
Nombre d'établissements de santé n'ayant pas 100% au critère n° 3.2-04 « *L'établissement veille à la bientraitance* » de la certification		
Nombre d'établissements et services médico-sociaux n'ayant pas 100% au critère 3.1 « *L'ESSMS définit et déploie sa stratégie en matière de bientraitance* » de l'évaluation		

8.3 Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La Haute Autorité de santé définit un acte de soin pertinent comme étant « le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit ». Cette définition renvoie au caractère nécessaire et approprié d'une démarche diagnostique ou thérapeutique fondée sur la médecine basée sur les faits. Un soin est pertinent s'il est adapté aux besoins du patient. La pertinence concerne également l'organisation du système de santé.

La Haute Autorité de Santé et les sociétés savantes constituent des sources de référence qui nourrissent les travaux en matière de pertinence en santé (études, recommandations de bonnes pratiques…), vers tous les secteurs de l'offre sanitaire ou médico-sociale. Les référentiels et travaux de la HAS ont progressivement évolué d'une analyse sur la pertinence des actes les plus fréquents pour s'enrichir de méthodes sur la pertinence des parcours ou des séjours.

Cette évolution est en adéquation avec les attentes de l'ARS Bretagne et ses partenaires afin de susciter une approche large de la pertinence des parcours et des organisations, au-delà des prescriptions.
Les problématiques identifiées en marge de l'élaboration du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) sont les suivantes :

- Les démarches de pertinence impulsées par l'ARS et l'Assurance maladie sont perçues par les professionnels comme prioritairement associée à des objectifs de maitrise médicalisée, ce qui peut freiner la mise en œuvre ;
- Les démarches d'amélioration de la pertinence des soins nécessitent l'adhésion de tous les acteurs concernés. Les démarches à l'initiative des équipes ou des professionnels ont de meilleures chances de déploiement durable et d'impact sur les pratiques à faire évoluer ;
- La politique régionale comme les initiatives locales en matière de pertinence des soins souffrent d'un déficit de notoriété, qui ne favorise pas la connaissance ou la reproduction par d'autres professionnels ;
- Si les établissements de santé bretons disposent de ressources et compétences qui facilitent les initiatives professionnelles en matière de pertinence des soins (revue, projet, organisation), les secteurs du médico-social et de l'ambulatoire devront faire l'objet d'une impulsion plus soutenue ;
- La méthodologie associée à l'amélioration de la pertinence des soins peut être perçue comme une charge de travail supplémentaire dans un contexte de tensions sur les ressources humaines ;
- Des situations atypiques, de sur ou sous recours sont identifiées sur les territoires bretons
- La notion de responsabilité sociale et écologique dans les soins et parcours constitue un axe de développement supplémentaire pour guider les choix en matière de pertinence ;
- La fréquence croissante des pénuries de produits de santé suscite également le développement d'une méthodologie de choix sous contrainte qui s'appuie sur un principe de pertinence des décisions.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Promouvoir et développer une culture de la pertinence auprès des acteurs et des usagers du système de santé ;
- Constituer, animer et mobiliser une communauté de pratiques professionnelles régionale ;
- Identifier les pratiques et initiatives probantes, favoriser leur notoriété et leur reproduction ;
- Agir sur les situations d'atypie régionale en matière de sur ou sous recours, en fonction des recommandations de bonnes pratiques ;
- Formaliser et mettre en œuvre un programme régional en faveur de la pertinence des soins ;
- Soutenir les initiatives professionnelles ;
- Intégrer l'expérience patient dans les démarches de pertinence des soins.

8.3 Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Formaliser et mettre en œuvre le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ;
- Réaliser un diagnostic régional annuel des situations de sur et sous recours afin d'établir des propositions thématiques d'action annuelles ou pluriannuelles à l'IRAPS et sa communauté, avec une attention particulière vers les parcours et le champ médico-social ;
- Mettre en œuvre un plan de communication et de promotion de la démarche régionale de pertinence des soins : newsletters, challenge et label, appel à projet, manifestation de type semaine ou mois de la pertinence, constituer une communauté digitale de correspondant ;
- Organiser un recensement régulier des initiatives et projets de pertinence des soins ;
- Encourager les professionnels à réaliser des auto-diagnostics sur leur pratique en matière de pertinence des soins ;
- Constituer et alimenter un espace de partage digital des outils, ressources et autres bonnes pratiques pour les communautés de professionnels ;
- Accompagner les acteurs dans le déploiement d'initiative par la mobilisation des ressources méthodologiques ou financières disponible : budget d'intervention, appui du Groupement de coopération sanitaire Coordination pour l'amélioration des pratiques professionnelles en santé (GCS CAPPS) ;
- Inciter les directions d'établissements à responsabiliser et valoriser les équipes à l'initiative de démarches de pertinence des soins, au titre des intéressements et résultats obtenus ;
- Promouvoir et accompagner le développement de démarches de pertinence dans le cadre des missions optionnelles des structures d'exercice coordonné ;
- Mener des actions sur la pertinence des parcours de soins et du projet de soins patients, notamment en lien avec les DAC (études de pertinence territoriales et régionales, enquête de prévalence, événement...) ;
- Travailler sur la pertinence des soins et des parcours de soins incluant des critères environnementaux ;
- Développer les évaluations de pratiques de soins écoresponsables.

Les publics ciblés

- Professionnels de santé
- Etablissements (directeurs des soins, PCME)
- Usagers
- Représentants des usagers (FAS)
- Structures Régionales d'Appui à la qualité (CAPPS, OMéDIT)
- Fédérations
- Associations (APIMED, ESSORT, GECOLIB)

Les partenaires à mobiliser

- IRAPS
- Sociétés savantes
- Usagers

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 3 : Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 8.4 : Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé ◉ Objectif II.T.B : Biologie médicale	◉ Feuille de route Planification écologique du système de santé (mai 2023) ◉ Feuille de route du numérique en Santé (2023/2027)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs seront précisés en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de professionnels inscrit à la newsletter de l'IRAPS		

8.4 Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La crise sanitaire Covid19, de par les fortes tensions sur les ressources et les restrictions des droits des usagers (liberté d'aller et de venir, droits de visite), a été révélatrice des besoins du système de santé en matière de questionnement éthique. Au sortir de la crise, les dilemmes éthiques ont persisté et évolué. Ainsi, dans un contexte de transformation du système de santé et de renforcement de la participation des usagers et des personnes accompagnées, on peut identifier plusieurs enjeux forts en lien avec la réflexion éthique :

- Une **connaissance insuffisante de ce que représente l'éthique**, sa définition, sa culture et les ressources disponibles, par les acteurs du système de santé (professionnels et usagers) et une réflexion éthique perçue comme intellectuelle ou inaccessible, ainsi que la nécessité pour chaque établissement et service de s'en emparer ;
- Des **difficultés à s'autoriser un questionnement éthique** et à le partager, en plaçant la personne la plus vulnérable au centre de la réflexion
- Des **notions peu traitées dans la formation des professionnels** : incertitude médicale, culture du doute, gestion des émotions, biais cognitifs ;
- Des **transformations du système de santé** nécessitant un accompagnement par l'éthique : évolutions technologiques (dont le numérique et l'intelligence artificielle), progrès scientifiques, organisations et management, évolution de la législation (bioéthique, droit à l'accompagnement en fin de vie, loi bien-vieillir) ;
- Un **contexte de fortes tensions sur les ressources dans le système de santé** pouvant générer des situations de dilemme (accès aux soins, déprogrammations, tri) mais aussi peser sur les professionnels et le sens au travail ;
- Une **évolution des demandes sociétales** (génétique, bioéthique, oncologie) et de la place des usagers et citoyens dans la réflexion éthique en santé.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- **Communiquer sur les ressources et modalités disponibles** pour mener une démarche et une réflexion éthique (cellules de soutien, espaces et comités…) ;
- **Améliorer la capacité de chacun à s'autoriser une réflexion éthique ;**
- **Promouvoir la démarche et la culture éthique** auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé dans toutes ses dimensions et notamment auprès des usagers, personnes accompagnées, et grand public ;
- **Accompagner les transformations du système de santé** et les enjeux auxquels il est confronté (Bioéthique, droit à l'accompagnement en fin de vie, virage domiciliaire, isolement et contention, bientraitance, tensions sur les ressources, accès aux soins, sens au travail…).

8.4 Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- **Associer systématiquement les usagers à la réflexion éthique**, et former à la réflexion éthique les représentants des usagers dans les CDU et les personnes accompagnées dans les CVS ;
- **Développer des sessions de formation et/ou sensibilisation** à l'éthique en santé, son articulation avec le professionnalisme, à la reconnaissance des enjeux des questionnements éthiques, et à l'organisation régionale de la réflexion éthique en santé auprès de l'ensemble des acteurs, en étroite collaboration avec les associations de professionnels et d'usagers ;
- **Organiser des évènements et journées** permettant de communiquer autour de la réflexion éthique en santé (sensibilisation à la définition, présentation de l'organisation régionale de la réflexion éthique en santé et des ressources disponibles, éthique des organisations) à destination des professionnels, des usagers et du grand public, dont les jeunes ;
- **Réaliser et diffuser des supports d'information** permettant de définir l'éthique en santé, les cellules éthiques de soutien et les modalités de sollicitation ;
- **Renforcer les cellules éthiques de soutien** pour accompagner les professionnels dans le partage d'un questionnement éthique ;
- **Promouvoir l'identification d'un correspondant/discuteur éthique dans chaque structure médico-sociale**, formé à la démarche éthique et pouvant relayer les questionnements éthiques – ou les silences éthiques inappropriés - auprès de cellules éthiques de soutien et/ou des comités éthiques locaux ;
- **Favoriser la mise en place de comités éthiques de territoire ou inter-établissements** tous secteurs confondus, en complémentarité avec les structures locales de réflexion éthiques ;
- **Favoriser le partage de réflexions éthiques sur les problématiques de santé à hauteur d'instances du territoire** (CPTS, DAC…) ;
- **Mettre en place un observatoire des demandes sociétales** liées à des enjeux éthiques permettant de nourrir des sujets de débat public et conduire une réflexion sur l'opportunité de mise en place d'un comité citoyen.

Les publics ciblés

- Professionnels des ES et ESMS (directeur/trices, soignants, non-soignants)
- Usagers du système de santé notamment personnes vulnérables
- Proches, familles et aidants
- Etudiants (dans le domaine de la santé et/ou du médico-social) et lycéens
- Grand public

Les partenaires à mobiliser

- Espace Régional Ethique de Bretagne
- France Assos Santé, CAPPS, CREAI
- Conférence régionale de santé autonomie et conseils territoriaux de santé
- Contrats locaux de santé
- Comités d'éthique institutionnels
- Communautés professionnelles territoriales de santé
- Unions Régionales des Professionnels de Santé et Ordres professionnels
- Dispositifs d'appui à la coordination

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.3 : Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques ◉ Objectifs 3 : Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé ◉ Objectif 5.3 : Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer ◉ Objectif 5.6 : Conforter l'organisation territoriale en soins palliatifs ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.2 : Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance et lutte contre la maltraitance ◉ Objectif 9.4 : Conforter le rôle des usagers au sein du réseau des instances de démocratie en santé	◉ Droit à l'accompagnement de la fin de vie ◉ Droit de la bioéthique ◉ Loi Bien-Vieillir à venir ◉ LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique ◉ Doctrine du CCNE (notamment avis 136 et Avis 140 CCNE « Repenser le système de soins sur un plan éthique ») ◉ Recommandation HAS : Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire ◉ Pacte de refondation des urgences ◉ Stratégie décennale cancer

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Pourcentage de professionnels formés à la démarche et à la réflexion éthique par an et par établissement		100%
Taux d'ESSMS ayant obtenu une évaluation très satisfaisante, voire optimisée au critère 2.1.3 (Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique)		100%
Taux d'Etablissement de santé ayant 100% au critère 3.4.04 (l'Etablissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs)		100%

8.5 Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les nouveaux modèles d'organisation, appuyés ou non sur le numérique, sont de puissants leviers de transformation des parcours de soins et du système de santé. Ils doivent contribuer à répondre aux **priorités régionales de santé** et à améliorer les **conditions de travail** des professionnels de la santé. Ils doivent faciliter **l'accès à la santé**, la **prévention** et la **qualité des soins**.

Pour cela, il faut capitaliser sur l'innovation dans les modalités de travail et de coordination des professionnels, qui décloisonne les acteurs de la santé. La région est dynamique, avec 29 projets à l'étude ou expérimentés via l'article 51 à ce jour : de **nouveaux modèles d'organisation et de financement** sont mis en œuvre, à évaluer et à diffuser.

Les outils numériques sont devenus incontournables au sein des organisations de santé. La crise de la Covid-19 a contribué à démocratiser leurs usages. L'évolution des technologies et la stratégie nationale - via les programmes e-Parcours, Ségur numérique, Mon Espace Santé, la généralisation de la télésanté – modernisent et diversifient les solutions disponibles. Cette dynamique doit être renforcée, et relever encore plusieurs défis :

- L'appropriation et **l'usage au quotidien des outils numériques** par les usagers et les professionnels. Pour cela, il est essentiel de leur donner du sens, de les intégrer dans les organisations et de conduire le changement ;
- La **sécurité des données et des SI de santé**, face aux cyberattaques ;
- Le **respect de principes éthiques** pour un numérique en santé ouvert à tous, déontologique et durable : inclusion numérique, bonnes pratiques limitation des impacts environnementaux ;
- **L'attractivité du secteur pour les métiers du numérique.**

La **formation initiale et continue** des professionnels est un levier important pour faciliter l'appropriation du numérique et accompagner les nouveaux modèles. Enfin, les bénéfices de ces modèles & outils doivent **contribuer à l'attractivité des métiers du soin** (pluridisciplinarité, innovation dans les pratiques, télétravail, gains de temps).

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Poursuite de la modernisation et convergence des SI des structures de santé (sanitaire, médico-social, ambulatoire) ;
- Déploiement de leur interopérabilité et des moyens d'identification & d'échange permettant un échange fluide & sécurisé des données (services socles : INS, ProSanté Connect, RPPS, RoR, DMP, MSSanté…) ;
- Déploiement des pratiques, organisations et outils facilitant la coordination des professionnels, la fluidité des parcours des patients, l'accès aux soins et la prévention ;
- Usage de Mon Espace Santé par les citoyens et les professionnels de la santé dans leur quotidien ;
- Maintien de l'accès aux soins pour les publics éloignés du numérique ;
- Appropriation des usages du numérique par les professionnels et les organisations de santé, en adéquation avec leurs pratiques ;
- Résilience des établissements, des structures et des professionnels de la santé face au risque cyber ;
- Diffusion de nouvelles solutions & usages du numérique (télésanté, IA, nouvelles technologies…) dans un cadre coordonné et éthique ;
- Intégration de démarches numérique responsable dans les stratégies des établissements & institutions de santé ;
- Multiplication des actions de communication, de formation et d'accompagnement dédiées à l'inclusion numérique en santé ;
- Sensibilisation et formation des professionnels de la santé au numérique et aux nouveaux métiers ;
- Valorisation du secteur de la santé auprès des métiers du numérique.

8.5 Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Accompagner les professionnels dans l'alimentation de Mon Espace Santé avec des documents pertinents pour la prise en charge ;
- Garantir l'intégration des services et référentiels socle dans les SI régionaux ;
- Accroitre la lisibilité et l'accessibilité des outils numériques disponibles ;
- Mobiliser, outiller et accompagner les acteurs de la santé pour transformer leurs pratiques et intégrer l'usage des services numériques, autour de cas d'usage pertinents par territoire ou par parcours (appui organisationnel, technique, règlementaire – dont RGPD) ;
- Généraliser et accélérer le programme Ambassadeurs Mon Espace Santé auprès de tous les publics (professionnels, usagers) ;
- Porter une stratégie régionale pour promouvoir et encadrer la télésanté, auprès de toutes les professions de santé ;
- Accompagner les porteurs de projet Article 51 de la co-construction à la sortie d'expérimentation (quelle qu'en soit la modalité) ;
- Porter une réflexion transverse sur l'apport des nouveaux modèles d'organisation, leur intégration dans l'offre de soins régionale et leurs apports pour la formation et l'attractivité des métiers du soin ;
- Soutenir les acteurs dans l'accès à des ressources spécialisées en cybersécurité, la mise en place de stratégies de résilience, la prévention et la gestion des fuites de données ;
- Contribuer à définir les principes d'éthique et promouvoir le bon usage du numérique en santé ;
- Sensibiliser les établissements et institutions aux enjeux environnementaux du numérique et promouvoir les outils d'évaluation & référentiels dédiés à intégrer dans les politiques d'achat ;
- Formaliser une politique régionale d'inclusion sur le numérique en santé, en lien avec les partenaires du Plan France Numérique Ensemble et acteurs de la précarité (contribuer à leur formation et faciliter leurs interactions avec les structures de santé) ;
- Promouvoir le secteur de la santé auprès des étudiants du numérique
- Faciliter l'intégration du numérique en santé dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé.

Les publics ciblés

- Tous les opérateurs de santé et médico-sociaux (ES, ESMS, libéraux, structures d'exercice coordonné, DAC)
- OSE (Opérateurs de Services Essentiels)
- Usagers
- Acteurs de la médiation et de l'inclusion numérique - dont réseau ANCT
- Porteurs de projet art.51
- Organismes de formation
- Collectivités territoriales
- Directions métier & départementales de l'ARS

Les partenaires à mobiliser

- Assurance maladie
- URPS
- Fédérations hospitalières et médico-sociales
- Collectif SI-MS
- France Assos Santé
- GCS e-santé Bretagne
- GCS Achats Santé Bretagne
- Préfectures
- Gendarmerie, Police
- Conseil Régional
- EREB, ARACT, EHESP, Association Breizh IA, Hub Bretagne pour un numérique inclusif

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement

☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.3 : Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques ◉ Objectif 1.2 : Accompagner les transitions écologique et énergétique du système de santé ◉ Objectif 3.4 : Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers et des organisations en santé ◉ Objectif 4.1 : Consolider la réponse aux besoins de soins non programmés ◉ Objectif 4.3 : Développer les dispositifs de coordination territoriaux ◉ Objectif 4.4 : Accompagner le développement de l'exercice coordonné pluri professionnel en ville ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectif 8.4 : Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé	Les cibles & actions de transformation numérique & organisationnelle du système de santé s'inscrivent dans différentes stratégies, feuilles de route et travaux conduits au niveau national : ◉ Feuille de route Numérique en santé 2023-2027 ◉ Programmes Ségur Numérique ◉ Programme national CARE 2023-2027 sur la cybersécurité ◉ Programme Ambassadeurs Mon Espace Santé ◉ Travaux & orientations de la Cellule Ethique du Numérique en Santé ◉ Travaux & orientations de l'équipe nationale Article 51

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part des établissements ayant réalisé 1 exercice de crise cybersécurité annuel	25,9%	100%
Nombre de projets Article 51 suivis - en amont et en aval de l'autorisation, pour des projets de niveau régional et inter-régional	29 projets suivis	+ 5 projets
Nombre moyen de documents transmis dans Mon Espace Santé pour la population bretonne	Moyenne de 2,15 documents par habitant (Fin avril 2023)	Moyenne de 6 documents par habitant

8.6 Accompagner le développement de l'innovation et la structuration de la recherche en santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le dynamisme de l'innovation en santé est essentiel **pour améliorer les traitements et les prises en charge, renforcer la confiance des usagers et accompagner les transitions**.

Il s'appuie d'une part sur **la recherche clinique médicale et paramédicale, fondamentale, en santé publique et en sciences humaines** : la Bretagne bénéficie de réseaux de recherche régionaux qui soutiennent les coopérations et les projets de recherche.

L'articulation et l'ouverture des réseaux de recherche peuvent être renforcées pour **favoriser un égal accès aux protocoles et traitements innovants pour les usagers et les professionnels**, en renforçant :

- La **lisibilité des travaux de recherche** - auquel répond notamment le projet de création d'un observatoire national des essais cliniques ;
- L'appropriation des protocoles & le **développement de la recherche pour l'ensemble des structures de santé** (ville, hôpital, médico-social) ;
- La démarche d'amélioration continue de la qualité et l'attractivité des métiers de la recherche en santé.

D'autre part, l'innovation s'appuie sur **les nouveaux lieux ressource ou cellules d'innovation** (Living Lab, Tiers lieux d'expérimentation…) qui conçoivent et expérimentent des solutions innovantes, grâce à une riche interaction entre usagers, professionnels de la santé, industriels et équipes de recherche. Les Entrepôts de Données de Santé doivent contribuer à alimenter ces travaux.

Ces écosystèmes sont des atouts pour **détecter et diffuser de nouvelles réponses aux besoins de santé des bretons**. Il faut toutefois **améliorer la lisibilité** des très nombreuses initiatives en place, et leur permettre **d'agir en synergie sur l'ensemble du territoire, de partager et d'intégrer les priorités de santé régionales**.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Partage et diffusion des travaux de recherche en cours sur le territoire, pour un accès facilité en proximité aux protocoles & aux traitements innovants ;
- Développement des coopérations et de l'interconnaissance entre les réseaux régionaux et les acteurs de la recherche en santé ;
- Rayonnement des démarches de recherche dans les établissements non universitaires et en ville ;
- Possibilité d'accès à la recherche en soins primaires (médical et paramédical) pour tout professionnel ou structure de santé ;
- Renfort des capacités d'utilisation et d'ouverture des données de santé pour la recherche et l'innovation ;
- Détection et diffusion des innovations pertinentes pour répondre aux priorités de santé régionales et aux nouveaux risques (ex. santé environnementale) ;
- Renfort des coopérations de l'ARS avec les institutions régionales partenaires qui accompagnent les entreprises et soutiennent le développement économique, en tant qu'acteur de l'innovation en santé ;
- Participer aux réflexions au niveau interrégional.

8.6 Accompagner le développement de l'innovation et la structuration de la recherche en santé

Les principales actions à mener : Que veut-on faire ?

- Alimenter la future base nationale ouverte des essais cliniques ;
- Animer une instance régionale d'échange et de coordination entre les réseaux de recherche, encourager leur ouverture et soutenir les initiatives d'études communes ;
- Soutenir le déploiement et les actions des réseaux de recherche en soins primaires (médical et paramédical) ;
- Favoriser l'émergence et la structuration de projets de recherche sur le système de santé (soins primaires, maintien à domicile, pertinence des soins, conditions de travail et organisations de santé, santé environnementale…) ;
- Soutenir les initiatives des établissements pour alimenter les entrepôts de données de santé et élargir la collecte de données ;
- Conduire une animation régionale des cellules innovation (Living Lab, tiers lieux d'expérimentation et autres réseaux locaux d'innovation en santé), afin de faciliter les échanges et le partage de compétences autour des priorités de santé régionales ;
- Mettre en place un observatoire des innovations probantes et généralisables, afin de faciliter leur appropriation par les usagers, les professionnels de santé et les équipes ARS ;
- Appuyer les partenaires régionaux pour :
  - La promotion et diffusion d'appels à projet nationaux,
  - La mise en relation avec les acteurs de la santé,
  - L'analyse de candidatures pour avis aux instances nationales,
  - La mise en exergue des enjeux/points d'intérêt prioritaires en matière de santé, pour alimenter les démarches d'innovation,
- Susciter et accompagner les innovations régionales par la diffusion d'un appel à projets annuel thématique.

Les publics ciblés

- Réseaux de recherche régionaux : RIMBo, BREC'H
- Réseaux et unités de recherche en soins primaires
- DSI des établissements de santé
- Cellules d'innovation santé (Living lab, Tiers lieux…)
- Directions métier & départementales de l'ARS

Les partenaires à mobiliser

- GCS HUGO
- GIRCI Grand Ouest
- ARS du Grand Ouest
- DRARI
- DREETS (filière santé)
- SGAR (Préfecture)
- DNS, DREES, DGOS, ANSM

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation numérique du système de santé ◉ Objectif 9.2 : Soutenir le partenariat en santé	Les cibles & actions de structuration de l'innovation & de la recherche en santé s'inscrivent dans différentes stratégies, feuilles de route et travaux conduits au niveau national : ◉ Feuille de route Numérique en santé 2023-2027 ◉ Feuille de route nationale pour la collecte, la structuration et la réutilisation des Données de santé (DREES – à venir)

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Mise en place d'un observatoire régional des innovations en santé.	Non	Oui

Partie 1 : Adapter le système de santé aux besoins de la population

9. Affirmer la place des usagers-citoyens dans le système de santé

9.1 Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La fiche 9.1 s'appuie sur le cadre et la sémantique de la recommandation de bonnes pratiques de la HAS de juillet 2020 en matière d'engagement des usagers. Cette fiche s'intéresse aux différentes formes d'engagement et de participation des usagers, à l'exception du partenariat en santé traité spécifiquement dans la fiche 9.2.

- **Des orientations nationales et un contexte réglementaire incitatifs** :

A l'image des travaux préparatoires du SEGUR, les démarches de consultation participative se développent dans le domaine de la santé et favorisent l'association et l'expression des acteurs ou des publics sur les besoins ou les politiques. Dans ses dispositions en faveur de la démocratie locale, la Loi 3DS (février 2022) promeut également les dispositifs de participation citoyenne.

Dès 2020, la Haute Autorité de Santé a formulé des recommandations de bonnes pratiques pour soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire.

Dans la perspective de la future stratégie nationale de santé, le Haut Conseil de santé publique et la conférence nationale de santé recommandent de développer les conditions effectives de la participation des citoyens aux évolutions du système de santé pour qu'il soit adapté aux enjeux et aux attentes de la population.

- **Un enjeu démocratique qui rejoint un objectif de santé publique**

L'engagement des usagers fait l'objet d'une exigence croissante pour favoriser l'exercice d'une citoyenneté accomplie, qui vise la réalisation complète des droits des usagers. Il recouvre différentes formes de collaboration entre les professionnels, les personnes soignées ou accompagnées, leurs proches, etc.
En favorisant l'écoute, l'expression, l'encapacitation en santé, la prise de décision partagée, il confère aux usagers les moyens d'associer davantage de contrôle sur leur santé et leur bien-être et leur permet de mieux maitriser les facteurs qui les influencent.
A cet égard, la participation des usagés doit être encouragée et soutenue pour apporter une réponse adaptée aux besoins des bretons.

- **Une volonté régionale** de mettre en œuvre le projet régional de santé pour et avec les bretons.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Promouvoir une culture de l'expérience usagers globale, en tout lieu et circonstance du système de santé ;
- Engager les partenaires, professionnels de santé et collaborateurs de l'ARS dans le développement de la participation des usagers à l'élaboration et la mise en œuvre des projets de santé ;
- Développer la capacité à participer en santé des usagers en prenant en compte les particularités des différents publics (précaires, aidants familiaux, personnes âgées, les jeunes, personnes en situation de handicap) ;
- Renforcer et diversifier les lieux et modalités d'expression des usagers en dehors des espaces réglementaires pour mieux répondre à leurs besoins et leurs attentes de santé ;
- Capitaliser sur les dispositifs participatifs existants et encourager de nouvelles formes de participation citoyenne ;
- Consulter les usagers sur la mise en œuvre de la politique régionale de santé ;
- Co-construire les diagnostics, les projets de santé et les actions avec les territoires.

9.1 Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Favoriser les actions de formation croisées avec des professionnels et des usagers ;
- Favoriser l'intégration dans les formations médicales et médico-sociales initiales des modules autour de l'expression des patients et de leur représentation ;
- Réaliser et diffuser une boîte à outils visant à promouvoir l'engagement des usagers sous différentes formes (information, participation, co-décision) ;
- Développer une communication innovante et efficace pour rendre l'information disponible à tous (usagers et professionnels) en s'appuyant sur de nouveaux acteurs/partenaires avec une attention particulière en situation de crise/d'urgence ;
- Développer et mettre en place un observatoire qui recense et promeut les bonnes pratiques en matière d'engagements des usagers en s'appuyant sur la labellisation, la recherche en sciences sociales ;
- Envisager la réalisation d'un baromètre annuel relatif à l'expérience usagers, pour connaître leur vécu, leur perception de santé, leurs attentes et leurs besoins ;
- Créer et renforcer les espaces d'écoute et d'échanges, d'information et de médiation tel que les Maisons des usagers ou tout autre dispositif de proximité assuré par des pairs, associations ou collectivités ;
- Soutenir les démarches participatives dans les parcours éducatifs et de prévention et promotion de la santé, notamment vers les publics jeunes ou précaires ;
- Encourager les établissements de santé à élaborer un projet des usagers.

Les publics ciblés

- Usagers au sens large
- Associations et associations d'usagers
- Fédérations hospitalières et médico-sociales
- Professionnels de santé
- Collaborateurs de l'ARS Bretagne
- Elus locaux

Les partenaires à mobiliser

- FAS Bretagne
- Instances de démocratie en santé
- Partenaires régionaux experts : CAPPS, CREAI …
- Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées
- Etablissements sanitaires et médico-sociaux
- Organismes de formation
- Collectivités territoriales

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 1.3 : Renforcer la résilience du système de santé face aux crises et aux risques ◉ Objectif 2.1 : Conforter la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé ◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population ◉ Objectif 6.2 : Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes ◉ Objectif 6.4 : Adapter l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus défavorisées (PRAPS) ◉ Objectif 9.2 : Soutenir le partenariat en santé	◉ Stratégie nationale en santé 2023-2027 ◉ Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire (has-sante.fr) ◉ Centre interministériel de la participation citoyenne ◉ Rapport de la conférence nationale de santé d'avril 2022 « La démocratie en santé : une urgence de santé publique »

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de formation organisées avec des usagers et des professionnels de santé		
Nombre de maisons des usagers		

9.2 Soutenir le partenariat entre usagers et professionnels

Les enjeux : Pourquoi agir ?

De nouvelles stratégies de santé émergent en réponse aux défis de la réponse aux besoins de santé et aux attentes sociétales. L'engagement des usagers constitue à ce titre un changement de paradigme dans l'organisation et les représentations des prises en soins, où le patient est reconnu en tant qu'acteur de soin à part entière et partenaire de l'équipe de professionnels.

Le partenariat en santé fait l'objet d'une diversité d'initiatives en région Bretagne : pair-aidance en santé mentale ou pour la réhabilitation psychosociale, éducation thérapeutique du patient, partenariat de soins en établissement de santé, etc. Leur mise en œuvre relève d'une approche sectorielle, alors que les principes et objectifs sont convergents à l'aune du référentiel HAS. Cette situation pointe l'opportunité de la définition et la promotion d'une culture régionale commune, dans le respect des spécificités propres à chaque domaine.

Le soutien du développement au partenariat en santé constitue un puissant levier d'amélioration de la qualité du système de santé et de promotion de la santé par encapacitation (« emporwerment ») entre pairs et la coopération entre usagers et professionnels.

Le renforcement de l'engagement des usagers et des modalités de partenariat avec les équipes de soins constitue une opportunité dans le cadre des transformations de l'offre de soins et d'accompagnement, qui pourrait se concrétiser dans les projets de santé. Il permet également de répondre au mieux aux besoins populationnels en termes de santé et donc de donner du sens et de la reconnaissance au travail des professionnels de santé et ainsi de renforcer la qualité de vie au travail.

Cette dynamique soulève d'autres enjeux dans ce domaine :

- L'accompagnement des professionnels à agir en partenariat avec les usagers dans les soins et l'organisation des soins et à acquérir les compétences nécessaires ;
- La reconnaissance de l'engagement des usagers dans les soins et l'organisation des soins ;
- Le risque d'un développement en dehors des recommandations de bonnes pratiques inhérent à l'impulsion institutionnelle par le PRS ;
- Les questionnements éthiques liés au développement de cette offre ;
- L'articulation entre les modes d'engagement des usagers (participation et représentation) et le rôle des usagers au sein des instances de démocratie en santé.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Accroitre la qualité et la quantité des coopérations au niveau régional en faveur du partenariat entre usagers et professionnels (patients, personnes accompagnées, usagers) dans les secteurs sanitaire, social et médico-social ;
- Développer et diffuser une culture partagée des valeurs et des manières de faire entre les acteurs et les secteurs déjà mobilisés sur les formes de partenariat de santé ;
- Promouvoir et déployer les pratiques de partenariat en santé dans l'organisation des parcours de soins et les démarches qualité des professionnels et des établissements ;
- Proposer des accompagnements adaptés pour permettre le processus de mobilisation des acteurs du système : usagers, professionnels, établissements et institutionnels ;
- Renforcer la connaissance sur les initiatives et expérimentations régionales.

La fiche s'appuie sur le cadre et la sémantique de la recommandation de bonnes pratiques de la HAS de juillet 2020 en matière d'engagement des usagers. Cette fiche s'intéresse spécifiquement aux situations de collaborations directes et de partenariat entre usagers et professionnels.

9.2 Soutenir le partenariat entre usagers et professionnels

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Constituer un espace d'échange régional entre les partenaires usagers et professionnels pour construire une culture commune et partager les pratiques en matière d'engagement des usagers ;
- Promouvoir la culture de l'engagement des usagers et des partenariats en santé au travers d'un plan de communication régional et mobiliser les acteurs institutionnels comme relais ;
- Structurer et mettre en œuvre une offre d'accompagnement des acteurs : évaluation des besoins, identification des usagers partenaires à mobiliser, animation de communautés de pratiques, accompagner les équipes de professionnels à intégrer des usagers, etc. ;
- Développer des temps de formation en commun des usagers, des professionnels et institutionnels par le soutien et la valorisation des dispositifs existants ou l'intégration dans les dispositifs de formation continu ou initiaux ;
- Renforcer la connaissance des initiatives et réalisations par l'observation des pratiques et la création d'une base de données et de coordonnées des acteurs ;
- Encourager les formes d'engagement des usagers dans les projets de santé qui engagent les dispositifs et acteurs du système de santé dans les territoires (CLS, CPTS, MSP, Etablissements, etc. ;
- Soutenir les démarches innovantes, conduire des travaux de recherche et d'évaluation de l'effet des démarches de partenariat en santé en matière de qualité des soins ou de satisfaction auprès des professionnels et des usagers ;
- Soutenir les réflexions et travaux relatifs à la reconnaissance de l'implication des personnes (statut, valorisation) ;
- Structurer une compétence ressource régionale, missionnée pour réaliser les principales actions de la politique régionale.

Les publics ciblés

- Usagers et personnes en situation de vulnérabilité, proches-aidants, usagers partenaires (représentants des usagers, patients partenaires, acteurs associatifs…)
- Professionnels de santé et du secteur social
- Etudiants

Les partenaires à mobiliser

- GCS CAPPS
- IREPS Bretagne
- France Asso Santé Bretagne
- Fédérations et unions professionnelles
- APIMED
- Instances de démocratie en santé
- Assurance maladie
- Acteurs de l'enseignement supérieur : Université, EHESP, DIREES
- Centres de santé communautaires
- ESSORT et GECO LIB
- CREAI
- EREB
- Fédération des acteurs de la Solidarité

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 2.1 : Conforter la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives organisationnelles favorables à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de la santé et du médico-social ◉ Objectif 5.1 : Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.2 : Conduire une politique régionale en faveur de la bientraitance ◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé ◉ PRAPS	◉ Rapport d'orientation de la Conférence Nationale de Santé : La démocratie en santé : une urgence de santé publique ◉ Recommandation HAS : Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de professionnels de santé formés au partenariat de soins		
Nombre d'accompagnements réalisés en direction d'équipe ou de binôme patient-partenaire et professionnels de santé		

9.3 Déployer une politique de soutien aux aidants

Les enjeux : Pourquoi agir ?

En France, les proches aidantes et aidants sont entre 8 et 11 millions, très majoritairement des femmes, et leur nombre est appelé à croître avec l'avancée en âge de la société française. Un enjeu majoré par le fait que les aidants s'engagent souvent sans compter, en méconnaissance de leur situation et au détriment de leur vie professionnelle ou personnelle. La stratégie régionale s'appuie sur l'état des lieux réalisé en 2019 sur la situation et les besoins des proches aidantes et aidants en Bretagne, dont les constats et enjeux demeurent d'actualité au terme de la crise COVID :

- Une grande diversité d'aidants, difficile à prendre en compte et nécessitant une différenciation au titre des aides à apporter (âge, lien de parenté, situation socio-professionnelle) ;
- La nécessité de favoriser la reconnaissance du rôle d'aidant dans sa diversité et l'expression des besoins ;
- Le renforcement du repérage des aidants par les acteurs de santé ou institutionnels afin de proposer des parcours de prévention en santé ;
- Une offre territoriale faiblement lisible et peu connue du grand public compte tenu de sa diversité et qui fait l'objet d'un déficit d'information partagée et opérationnelle entre acteurs. Cette situation est majorée par l'absence de solution de mise en relation entre les demandeurs (aidant-aidé) et les porteurs d'actions ;
- Une multiplicité des porteurs d'actions qui rend difficile l'adaptation aux besoins des aidants. Des actions variées et disséminées dans les territoires, pouvant nécessiter une coordination institutionnelle au regard de la diversité des compétences pour un même territoire ;
- Une offre régionale insuffisamment structurée et des liens à consolider avec les filières de prise en charge des maladies chroniques ;
- La place à part entière des aidants dans le projet d'accompagnement, de vie ou de prise en charge de l'aidé, en partenariat avec les professionnels, et dans le respect de l'autonomie ou de l'autodétermination de l'aidé. L'aidant constitue une ressource à intégrer dans le processus de repérage précoce et de prévention de l'aidé ;
- Une expertise et des pratiques professionnelles à consolider, notamment dans le cadre des enjeux de qualité de prise en charge et de transformation de l'offre ;
- Une offre d'accompagnement et de formation des aidants à développer ;
- La spécificité des solutions de répit (solution accueil temporaire de type PFR, relayage, etc.) au regard des publics aidés et des modalités d'accompagnement.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Agir en faveur du repérage des aidants ;
- Lever les principaux freins matériels et psychologiques pour les aidants ;
- Reconnaitre le rôle et l'expertise des aidants ;
- Améliorer l'accessibilité à l'offre existante pour tous les proches aidants ;
- Renforcer la lisibilité de l'offre existante pour les proches aidants au travers d'une solution cartographique interactive ;
- Soutenir et outiller les professionnels sociaux, médico-sociaux, sanitaires et les bénévoles accompagnant des proches aidants ;
- Renforcer, diversifier et renforcer la connaissance de l'offre de solutions de répit ;
- Optimiser la structuration et le fonctionnement territorial de l'offre d'accompagnement ;
- Promouvoir la bientraitance et la qualité des accompagnements des aidants.

La politique de l'ARS se situe dans une logique de complémentarité des actions de droit commun, extra légales ou à caractère privé proposées par les partenaires institutionnels compétents : conseils départementaux, organismes de sécurité sociale, mutuelles, etc.

9.3 Déployer une politique de soutien aux aidants

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Mener des enquêtes de proximité pour mieux prendre en compte les besoins des différents profils d'aidants ;
- Outiller les professionnels et les bénévoles à même de repérer, d'identifier et d'accompagner les proches aidants ;
- Sensibiliser la population et les usagers à la situation des aidants et aux solutions d'appui existantes ;
- Développer un système d'information régional recensant l'offre disponible en matière de soutien aux aidants (répit, formation, etc.) ;
- Réduire les inégalités territoriales d'accès par le développement de nouvelles offres de répit en accueil de jour, hébergement temporaire et plateformes de répit ;
- Développer ces nouvelles offres par transformation de l'offre existante (évolution des capacités existantes, adoption de modalités d'accueil plus souples pouvant permettre l'accueil temporaire …) et par créations de places nouvelles en coordination avec les Départements ;
- Appuyer l'essaimage des innovations recensées dans l'étude régionale ;
- Développer l'offre à destination des aidants de personnes atteintes de maladies longues ou chronique, notamment par une implication du secteur hospitalier et des équipes de soins de proximité (maisons de santé, communautés professionnelles territoriales, etc.) ;
- Développer une offre de formation et d'éducation thérapeutique vers les aidants développer les actions de promotion de la santé auprès des aidants notamment via les structures d'aide aux aidants (plateformes de répit, établissements disposant d'accueil temporaire, etc.) ;
- Favoriser les démarches de pair-aidance et les partenariats impliquant les aidants avec les équipes pluridisciplinaires en charge de l'aidé ;
- Réaliser une feuille de route régionale pour mobiliser les partenaires autour d'objectif convergents.

Les publics ciblés

- Aidants et aidés
- Professionnels de santé et médico-sociaux
- Plateformes d'accompagnement et de répit (PFR)
- Associations d'usagers

Les partenaires à mobiliser

- Conseils départementaux
- MDPH
- URPS
- Organismes de Sécurité sociale
- Mutuelles
- CLIC
- DAC
- SAAD / SIAD
- GHT
- Communautés 360
- Filières gériatriques
- Maisons de l'Autonomie
- Associations

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.5 : Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissements et services ◉ Objectif 3.6 : Soutenir les initiatives favorables à la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social ◉ Objectif 7.1 : Repérer et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée ◉ Objectif 7.4 : Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées ◉ Objectif 8.1 : Favoriser la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements ◉ Objectif 8.2 : Conduite une politique régionale en faveur de la bientraitance et lutte contre la maltraitance	◉ Stratégie nationale de mobilisation et de soutien des proches aidants 2020-2022 ◉ Stratégie nationale de santé ◉ Loi relative au bien-vieillir

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de plateformes d'accompagnement et de répit (PFR pour Personnes âgées et personnes handicapées)		12 dès 2024
Nombre de places d'accueil de jour pour personne âgée rapporté à la population de plus de 75 ans		

9.4 Conforter le rôle des usagers au sein des instances de démocratie en santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Depuis la loi de 2002, le cadre légal s'est progressivement renforcé et devrait permettre une meilleure intégration des usagers ou leurs représentants d'usagers aux différents niveaux de concertation du système de santé : Au sein de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (**CRSA**) et de sa commission spécialisée droits des usagers (**CSDU**), au sein des conseils territoriaux de santé (**CTS**) avec la formation spécifique organisant l'expression des usagers et notamment les instances propres aux établissements de santé (**Commission des usagers**) et aux établissements médico-sociaux, avec le **conseil de la vie sociale**.

Toutefois, le renouvellement récent de ces instances a permis de pointer des **difficultés de mobilisation** des représentants d'usagers par les associations agréées, à l'avenant du phénomène de **désengagement plus large de la vie associative**. Par ailleurs, la participation réelle se heurte parfois à des enjeux liés à la **technicité des sujets** traités, aux **modes de gouvernance** des instances qui ne facilitent pas l'intégration du représentant, ou encore à la **difficulté d'expression** des usagers eux-mêmes. A cet égard, les actions menés vers les établissements peuvent attester **d'un besoin de renforcement** de la participation effective des usagers au sein des CVS et CDU. Une attention particulière est portée sur la représentation en CVS, considérant les modalités de désignation, de partage d'information ou de reconnaissance.

Enfin, cette participation doit se développer ou s'adapter en lien avec les évolutions ou les enjeux de l'offre de soins, à l'image du **déploiement territorial des CPTS** ou de la continuité de représentation des usagers tout au long des **parcours de santé**.

Dans ce contexte, la participation des personnes concernées et leurs représentants doit aussi faire face à des défis multiples et nouveaux. Il s'agira notamment d'**adapter les pratiques de représentation** des usagers face aux modalités d'engagement et de participation émergentes telles que le **partenariat de soin et les savoirs expérientiels**, les **démarches de participation citoyennes**, ou encore le développement des **communautés digitales** et des outils du numérique en santé. Ces développements devront faire l'objet d'une attention particulière sur les limites de la représentation à partir de savoir expérientiel. La capacité de mobilisation des représentants d'usagers à **l'échelle des différents niveaux d'intervention territoriaux**, région, territoire de santé, bassin de vie, constitue un autre point d'attention.

Enfin, face à la succession des situations épidémiologiques exceptionnelles et des tensions structurelles qui affectent le système de santé breton, la place des personnes concernées et leurs représentants doit être confortée dans le cadre des **modalités de gestion de crises**.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- **Consolider la participation** des personnes concernées et leurs représentants au sein des instances de démocratie en santé réglementaires ;
- **Soutenir le développement d'espaces et de modalités de représentation adaptées** tout au long du parcours de santé ou en regard des évolutions du système de santé ;
- **Favoriser la participation et l'expression** des personnes concernées et leurs représentants **au sein des instances** portées par des établissements ;
- **Soutenir la mobilisation** des personnes concernées et leurs représentants, proposées par le biais des associations agréées (Art. L 1114-1 et R. 1114-2 du Code de la Santé publique) ;
- Conforter les **conditions d'implication et la place** des personnes concernées et leurs représentants **dans les moments de crise.**

9.4 Conforter le rôle des usagers au sein des instances de démocratie en santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- S'assurer de **la formation obligatoire des représentants des usagers et associer les représentants des établissements** pour susciter une culture commune ;
- Promouvoir **les formations** en lien avec la démocratie en santé, les droits et la place des usagers vers **les personnes concernées et leur entourage ;**
- Développer les **relations entre les différentes instances** pour favoriser les participations croisées, le partage de bonnes pratiques et l'identification des marges de progression territoriales ;
- Inciter à la **création et à l'animation de communauté de RU** à des échelles territoriales adaptées ;
- Réaliser **un plan d'actions régional** spécifique à la participation des usagers au sein des **CVS bretons** mobilisant les leviers adaptés au diagnostic réalisé : accompagnement, sensibilisation, communauté de pratique, évènementiel ;
- Engager les **hôpitaux de proximité, les structures d'exercice coordonnés ou les dispositifs d'appui à la coordination** à l'organisation d'une représentation effective des usagers en lien avec leur gouvernance ;
- Conforter et faire évoluer la stratégie régionale de **développement des maisons des usagers**, par l'accompagnement des projets et la formation des coordinateurs de MDU et des permanenciers ;
- Mener des **expérimentations** sur les modalités de représentation des usagers à l'aune des nouveaux modes d'engagements dans le système de santé ;
- Prévoir et expliciter les modalités de l'implication des personnes concernées et de leurs représentants en amont des situations de gestion de crise ;
- Elaborer un répertoire partagé des différentes contributions de personnes concernées ou de leur représentant dans le cadre des travaux institutionnels en lien avec la politique régionale de santé.

Les publics ciblés

- Les usagers, leurs aidants et les représentants des personnes concernées
- Les établissements de santé
- Les établissements médico-sociaux
- Les structures d'exercice coordonné
- Les instances de démocratie en santé

Les partenaires à mobiliser

- France Assos Santé
- Les fédérations des établissements de santé
- Les fédérations des établissements médico-sociaux
- La fédération régionale des dispositifs d'appui à la coordination
- L'inter URPS, GECO LIB et Essort
- Les autres autorités de tarification et de contrôle dans le champ médico-social
- Le CREAI
- Les collectivités territoriales de la région

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☐ Financement	☒ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 9.1 : Promouvoir l'engagement des usagers dans la politique régionale de santé ◉ Objectif III.B : Décliner le PRS dans les territoires par le développement des relations contractuelles ◉ Rajouter lien vers fiche Ethique et réciproquement	◉ Stratégie nationale en santé ◉ Rapport de la conférence nationale de santé d'avril 2022 « La démocratie en santé : une urgence de santé publique »

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de personnes concernées ayant bénéficié d'une action en faveur de la participation		
Part des représentants d'usagers formés		

Partie 2 : Planifier les activités soumises à autorisation



Préambule

Sont ici présentés les fiches relatives aux activités soumises à autorisation. Elles comportent chacune, après l'identification d'objectifs cibles et de priorités, un tableau déclinant les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)

Ces objectifs quantifiés prennent en compte l'impact des réformes intervenues en 2021 et 2022 concernant un nombre important d'activités et d'équipements. Ces nouveaux cadres réglementaires seront complétés des décrets concernant les activités à ce stade non réformées.

L'évolution de l'offre proposée s'inscrit dans la continuité de l'organisation figurant au précédent PRS. Elle ne retient pas d'évolution majeure de l'offre de soins, l'enjeu étant aujourd'hui de consolider l'offre existante dans un contexte de tensions des ressources humaines.

Quelques activités font cependant l'objet d'une attention spécifique avec une proposition de nouveaux sites d'activité.

Ces objectifs quantifiés sont la traduction d'une volonté de mettre en cohérence les objectifs d'accès aux soins, de sécurité, de qualité mais aussi d'efficience des activités et des équipements dans le cadre du respect de l'ONDAM. L'évolution de l'offre hospitalière régionale continue d'être orientée vers l'évolution des modes de prise en charge, en optimisant la gradation de l'offre de soins et en développant des modes substitutifs à l'hospitalisation complète.

Dans le cadre des territoires de l'offre hospitalière, l'organisation des soins doit s'appuyer sur un dispositif gradué d'offre hospitalière assurant accessibilité et qualité des prises en charge. Cette organisation des soins doit donc veiller à la cohérence entre les différentes activités, garantir la prise en charge globale dans une logique de parcours du patient, et se traduire par la mise en œuvre de principes de complémentarité entre les établissements.

Cette articulation nécessite que les projets qui émergeront, fassent l'objet d'une réflexion à l'échelle du territoire de l'offre hospitalière.

L'évolution de l'offre proposée ici est susceptible de connaître des ajustements au cours des cinq ans du PRS, dans le cadre de la prise en compte de besoins spécifiques ou d'évolutions du contexte réglementaire évoquée plus haut.

Enfin, il est précisé que tout regroupement d'activités, qui n'entraineraient pas ou peu de diminution capacitaire, mais qui libérerait une possibilité d'autorisation, ne se traduira pas automatiquement par la possibilité d'une nouvelle autorisation pour l'activité et le territoire concerné.

Par ailleurs ces OQOS n'intègrent pas les activités et équipements de l'Hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre de Brest qui font l'objet d'un arrêté conjoint du ministère des Armées et du Ministère en charge de la santé.

Partie 2 : Planifier les activités soumises à autorisation

Zonage régional



Caisson hyperbare

Les caissons hyperbares sont utilisés en médecine, dans différents cas :

- en situation d'urgence : accident de plongée sous-marine, intoxication au monoxyde de carbone, embolie gazeuse,
- hors situation d'urgence : Plaie à cicatrisation difficile, lésions tissulaires après une radiothérapie, infection de l'os et infections nécrosantes des tissus mous, surdité brusque.

La Bretagne compte un équipement (au CHU de Brest) qui bénéficie également au régions voisines. A ce stade, il n'est pas envisagé de nouvelle implantation au regard de l'activité rétrospective et de l'absence d'évolution des pratiques et des indications médicales.

Les caissons hyperbares sont des équipements matériels lourds. Conformément à la réglementation ils font l'objet d'une planification par site et nombre d'appareil :

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	CAISSON HYPERBARE		
	REGION BRETAGNE		
	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Caisson hyperbare	1	-	**1**

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	CAISSON HYPERBARE		
	REGION BRETAGNE		
	Nbre **d'appareils** autorisés	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Caisson hyperbare	1	-	**1**

Chirurgie cardiaque, neurochirurgie

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les enjeux :

Depuis le décret du 26 avril 2022 les activités antérieurement planifiées à l'échelle de l'interrégion Ouest (Bretagne, Pays de Loire, Centre et Poitou-Charente) le sont désormais à l'échelle des SRS (suppression des schémas inter-régionaux d'organisation sanitaire).

Dans ce cadre, les enjeux relatifs à ces activités se déclinent de la manière suivante :

Pour la chirurgie cardiaque :

Maintien d'une offre de soins optimisée en Région Bretagne en dépit des contraintes RH notamment soignantes.

1. Deux enjeux principaux sont identifiés autour de la démographie :
   - des Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE) dont la présence en salle opératoire est obligatoire
   - des infirmiers perfusionnistes. Cet enjeu touche l'activité de chirurgie cardiaque car ces derniers sont indispensables à la technique de l'ECMO (assistance extra-corporelle) en réanimation, au développement de l'UMAC (Unité Mobile d'Assistance Circulatoire), ainsi qu'au développement de la politique de prélèvement et greffe via le Maastricht 3 (personnes décédées des suites d'un arrêt cardiaque après une limitation ou un arrêt des thérapeutiques)
2. Organisation des flux d'aval pour éviter les reprogrammations.

Optimiser le développement de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

Pour la neurochirurgie :

- Perpétuer l'offre de soin malgré une ressource RH médicale complexe ; (difficultés pour les juniors (Brest) et seniors (Rennes) ;
- Maintenir les filières spécifiques notamment la filière pédiatrique.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Maintenir une offre de soins régionale optimisée avec un enjeu d'équipes adaptées pour éviter les déprogrammations et les transferts inter régionaux avec une attention particulière à la filière pédiatrique ;
- Renforcer l'attractivité de ces services en ressource soignante notamment la mise à disposition de la compétence IBODE ;
- Être attentif au flux d'aval en chirurgie cardiaque pour diminuer le temps d'accès à la chirurgie ;
- Développer la RAAC en travaillant sur les parcours de soins (Chirurgie Cardiaque) ;
- Faciliter les coopérations entre équipe (Neurochirurgie).

Chirurgie cardiaque, neurochirurgie

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Activer les leviers RH pour améliorer l'attractivité médicale et soignante ;
- Soutenir la qualification « métier » des perfusionnistes et encourager la formation Master ;
- Conforter la filière pédiatrique régionale en neurochirurgie ;
- Développer la formation IBODE ;
- Evaluer les potentialités d'amélioration des flux en amont et en aval en chirurgie cardiaque (infirmières de coordination pour la RAAC) ;
- Encourager la création d'un réseau entre les deux CHU Bretons pour la neurochirurgie.

Les publics ciblés

- Les usagers
- Les centres de prélèvement multi-organes
- La filière pédiatrique

Les partenaires à mobiliser

- Les Etablissements sanitaires et les CHU en particulier
- L'ARS et la DGOS
- Le ministère de l'enseignement supérieur
- Les UFR médecine
- Les instituts de formation
- Le collège de chirurgie cardiaque du grand ouest
- Le réseau HUGO
- L'Agence de la Biomédecine

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 3 : Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé ◉ Objectifs 4 Garantir l'accès à une offre de soins adaptée sur les territoires ◉ Objectifs 5 Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectifs 8 Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et l'innovation en santé ◉ Objectif II.T.M : soins critiques	◉ Lien avec la réforme des autorisations et la nouvelle législation sur les conditions d'implantation et de fonctionnement en chirurgie cardiaque et neurochirurgie ; ◉ Code de santé publique : Abrogation des 1° et 2 de l'article D. 6121-11 : Retrait de la planification SIOS/SIS interrégionale de l'activité de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie ; ◉ Renforcer le développement de la politique de greffes et prélèvement d'organe : Article R1232 du code de la santé publique

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Délai de programmation en chirurgie cardiaque (délai consultation chirurgie / accès au bloc)		
Nombre d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état affectées à la spécialité		
Nombre de perfusionnistes		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Modalités de l'activité de soins	CHIRURGIE CARDIAQUE		
	REGION BRETAGNE		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Adultes	2	-	2
Pédiatrique	0	-	0

Modalités de l'activité de soins	NEUROCHIRURGIE		
	REGION BRETAGNE		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	1	-	1
Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	2	-	2
Neurochirurgie pédiatrique	1	-	1
Socle	2	-	2

Cyclotron

Pour rappel les cyclotrons soumis à autorisation sont les cyclotrons à utilisation médicale à visée diagnostique ou thérapeutique donnant lieu à la production d'actes médicaux pour des patients.

Ils viennent en appui de la pratique de traitement du cancer par protonthérapie, thérapie innovante destinée à :

- Des patients pour lesquelles il est considéré comme prioritaire de réduire le plus possible la toxicité à long terme (enfants, adolescents et adultes jeunes),
- Des radiorésistantes pour lesquelles la protonthérapie permet d'effectuer mieux que les autres techniques une escalade de dose qui permet d'en assurer un contrôle local et une guérison dans des proportions satisfaisantes.

En France il existe trois centres autorisés à la protonthérapie (correspondant à 4 cyclotrons au total) sur l'ensemble du territoire national.

Le plus proche de la Bretagne est celui du CLCC Baclesse-Caen. Il reçoit des patients bretons et œuvre à améliorer les filières d'adressage des patients bretons par une meilleure connaissance de cette offre de soins.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	CYCLOTRON A UTILISATION MEDICALE		
	REGION BRETAGNE		
	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Cyclotron	0	-	**0**

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	CYCLOTRON A UTILISATION MEDICALE		
	REGION BRETAGNE		
	Nbre **d'appareils** autorisés	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Cyclotron	0	-	**0**

Examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Plus de **7 000 maladies génétiques rares et plus de 80 nouveaux gènes de prédisposition génétique aux cancers** sont recensées et on en découvre de nouvelle chaque jour. Elles touchent près de 3 millions de patients en France et 30 000 nouvelles personnes tous les ans. Près de 50% des enfants reçus en consultations repartent sans diagnostic génétique et 85% des maladies génétiques n'ont pas de traitement curatif. Face à cette problématique l'enjeu est double : **renforcer notre offre de diagnostic et accompagner les patients et leur entourage dans leur prise en charge**.

Depuis 2019, les acteurs du grand ouest ont assis une organisation territoriale regroupant 7 laboratoires de génétiques chromosomiques, 7 laboratoires de génétique moléculaire, 5 plateformes de génétique moléculaire des cancers, une filière de séquençage haut débit. Ce **maillage territorial** indispensable, œuvre pour renforcer l'accès aux diagnostics et faciliter le déploiement de thérapeutiques personnalisées. Pour autant, de par le caractère spécialisé et innovant de cette discipline, les demandes des consultations de génétique sont exponentielles, les délais d'attente s'allongent que ce soit pour la génétique polyvalente, l'oncogénétique, ainsi que les consultations des conseillères/ers en génétique et chargé(e)s de parcours génomique. Il est donc essentiel d'augmenter toutes ces expertises, de mobiliser l'ensemble des compétences spécifiques et leur articulation encore perfectible, ainsi que de renforcer les consultations en binôme.

S'inscrivant dans les plans de santé spécifiques et dans l'attente des évolutions réglementaires à venir, il est nécessaire de parfaire la **qualité des prescriptions** en soutenant tous les professionnels de santé dans l'acquisition de nouvelles connaissances en matière de dépistage et de repérage de symptômes susceptibles d'être liée à une maladies génétique; de les informer sur l'état des lieux du réseau de consultations spécialisés existant afin d'optimiser l'accès à une médecine génomique au plus proche des patients et lutter plus efficacement contre ces maladies graves, souvent invalidantes et responsables de grandes difficultés familiales. Les **nouvelles technologies** sont appelées à converger avec les enjeux de santé publique. La capacité à acquérir, stocker, distribuer, apparier et interpréter ces données massives et multiples est au cœur de cette convergence. Des projets de recherche et pilotes d'extension du dépistage néonatal en France avec les nouvelles technologies de séquençage de génome renforce un accompagnement au plus proche des patients et des familles. Les **alliances** partenariales sont des leviers importants dans l'acquisition et mutualisation de ressources non négligeable dans le déploiement de l'offre disponible.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Assurer un accès efficace aux examens de génétique ;
- Intégrer l'accès de la médecine génomique dans le parcours de soin courant et la prise en charge des pathologies ;
- Soutenir les nouvelles modalités d'organisation entre les différents corps de métiers ;
- Ces activités de soins étant incluses dans le champ de la réforme des autorisations, des évolutions réglementaires sont attendues après publication du PRS 3. Elles feront donc l'objet d'une révision intégrant les nouvelles orientations ;
- Participer aux grands projets pilotes nationaux d'élargissement du dépistage néonatal avec les techniques de génomique.

Examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Conforter l'offre existante ;
- Soutenir les collaborations et la consolidation des partages d'expertises et de données facilitant l'accès aux innovations pour les patients ;
- Améliorer la coordination des différents dispositifs afin de poursuivre une dynamique de réseau et d'enrichissement mutuel grâce à la plateforme maladie rare de Bretagne et le réseau de génétique de l'Ouest GEM-EXCELL ;
- Soutenir les démarches de formation à la génomique des professionnels non généticiens ainsi qu'au travers des instituts de formation ;
- Accompagner les personnes porteuses de maladies génétiques et leurs entourages dans leurs parcours de vie afin d'éviter les ruptures et errances thérapeutiques et faciliter l'intégration dans des essais cliniques.

Les publics ciblés

- Les personnes atteintes de maladies génétiques et maladies rares et leur entourage
- Les associations de personnes malades et leurs proches
- La plateforme maladies rares de Bretagne
- Les centres et filières expertes
- Les professionnels de santé, les conseillers en génétique et les chargés de parcours génomique.

Les partenaires à mobiliser

- Les établissements de santé
- Les centres et filières expertes et laboratoires d'analyse génétique
- Les représentants d'usagers
- Les associations des personnes porteuses de maladies génétiques et maladies rares
- Les DAC et la FACS

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectif 6.1 : Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant ◉ Objectif 7.5 : Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap ◉ Objectif 7.8 : Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ◉ Objectifs 8 : Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et l'innovation en santé ◉ Feuille de route régionale de l'ANS 2023-2027	◉ Plan santé 2030 ◉ Plan France Médecine Génomique 2025 ◉ Plan National Maladies Rares 4 (2024-2029) ◉ Plan National Handicap Rares ◉ European Joint Program on Rare Disease (EJP-RD) et réseaux européens Maladies rares (ERN) ◉ Schéma Interrégional d'offre de Soins génétique du Grand Ouest ◉ Plan cancer

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Délais d'obtention du 1er RDV en oncogénétique		3 mois
Délais d'obtention du 1er RDV en génétique polyvalente		3 mois
Délais d'obtention du 1er RDV avec le chargé de parcours génomique (prescription de génome)		3 mois

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

L'activité d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales devrait faire l'objet d'une réforme de ses conditions d'exercices dans les prochaines années.

Dans l'attente de ses impacts, il est proposé de maintenir le nombre de laboratoires actuellement autorisés en Bretagne.

Modalités de l'activité de soins	GENETIQUE		
	REGION BRETAGNE		
	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire	2	0	**2**
Génétique moléculaire	5	0	**5**

Greffes

A – PRELEVEMENT ET GREFFE D'ORGANES ET DE TISSUS

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le prélèvement et de la greffe d'organes sont des activités de santé publique qui constituent, en vertu de la lettre expresse de l'article L. 2131-1 A du code de la santé publique, « une priorité nationale ».

Elles mettent en jeu des coopérations professionnelles complexes, mobilisent des expertises de haut niveau, et représentent, pour l'organisation des établissements de santé autorisés à les pratiquer, un défi qui se renouvelle chaque jour. Elles constituent une thérapeutique qui reste, à ce jour, sans équivalent, elles suscitent aussi, pour les patients qui en ont besoin, des attentes considérables, qui n'ont fait que croître au cours des dernières années.

En Bretagne, si le taux d'opposition au don d'organe est un des plus bas de France, on a observé un fléchissement du nombre de donneurs recensés et des prélèvements depuis 2019, accentué par la crise sanitaire COVID. Le nombre de patients en liste d'attente de greffe (notamment rénale) augmente.

Le plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus 2022-2026 fixe, au niveau régional, des objectifs ambitieux de croissance tant des greffes que des prélèvements d'organes donneurs décédés (SME, DDAC) ou des greffes rénales par donneur vivant.

Le plan régional de santé reprend les axes prioritaires du plan ministériel national afin de les décliner en région, prévoyant un pilotage régional, en lien avec l'Agence de Biomédecine. La réforme des autorisations entrant en vigueur au 1er juin 2023 prévoit la planification des autorisations dans les OQOS du SRS.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Augmenter le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés ;
- Développer les partenariats et la mutualisation des moyens des CHPOT ainsi que du prélèvement chirurgical ;
- Augmenter le nombre d'organes greffés et optimiser l'organisation de la greffe ;
- Développer le prélèvement et la greffe à partir de donneurs vivants.

Greffes

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Améliorer l'organisation territoriale de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus : introduire un indicateur relatif au prélèvement d'organes et de tissus dans les CPOM des établissements autorisés ;
- Améliorer l'accès au bloc opératoire et notamment son caractère prioritaire pour l'activité de greffe dans les établissements autorisés (charte de bloc jointe au CPOM) ;
- Promouvoir le développement de l'activité de greffe rénale à partir de donneurs vivants.

Les publics ciblés

- Grand public
- Associations de patients
- Médecins

Les partenaires à mobiliser

- Agence de biomédecine
- Associations de patients
- Établissements de santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

- ☒ Réglementation
- ☒ Financement
- ☐ Investissements
- ☒ Contractualisation
- ☐ Innovation
- ☐ Numérique en santé
- ☐ Formation
- ☒ Evaluation
- ☐ Inspection/contrôle
- ☐ Animation territoriale
- ☐ Surveillance et observation de la santé
- ☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ☐ Partenariat institutionnel
- ☐ Mobilisation de la démocratie en santé
- ☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
- ☐ Autre

Greffes

B – PRELEVEMENT ET GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏETIQUES

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) permet chaque année à un nombre croissant de patients souffrant de maladies graves du sang de bénéficier d'un greffon de CSH.

Au total, en France, ce sont plus de 2 000 allogreffes de CSH (dont 55 % grâce à des greffons non apparentés) qui sont désormais effectuées chaque année pour le bénéfice de patients âgés de 1 mois à 70 ans, une centaine en Bretagne, dans les CHU de Rennes et de Brest.

L'âge des patients adultes bénéficiaires continue de croître, du fait de l'amélioration des protocoles de préparation à l'allogreffe et de la prévention des complications liées à l'allogreffe.

Le plan ministériel « prélèvement et greffe de CSH » 2022-2026 comprend 7 grandes orientations, incluant les thématiques prioritaires, le PRS décline ces objectifs en région.

De l'accès à toutes les sources possibles de greffons au maintien d'un accès de qualité à l'allogreffe de CSH, pour les adultes comme pour les enfants, l'objectif est bien de consolider et de favoriser les bonnes conditions d'accès à ces thérapeutiques de pointe.

La déclinaison et la planification des autorisations de cette activité auparavant inter-régionale (SIOS) est dorénavant régionale, néanmoins, les liens inter-régionaux devront être conservés, notamment par le lien créé par le GCS HUGO entre les CHU des régions Bretagne, Pays de Loire et Centre Val de Loire.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Garantir le maintien et l'accès à toutes les sources de CSH : promouvoir le don, valorisation des aspects qualitatifs des unités de sang placentaire en renforçant l'information sur l'importance de cette source de greffons ;
- Renforcer et garantir le suivi des données, concernant les donneurs et les allogreffes ;
- Consolider le parcours des patients dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer : accès à la greffe, suivi post greffe (accès SMR…) ;
- Maintenir et adapter aux évolutions le financement des activités CSH, en lien avec l'Agence de Biomédecine : dialogues de gestion spécifiques avec les établissements autorisés, suivi des délégations de crédits.

Greffes

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Garantir le suivi de l'activité de greffes de CSH et le remplissage des bases de données (ex : PROMISE) ;
- Améliorer et renforcer l'offre de suivi post-greffe, notamment l'accès au SMR onco-hémato ;
- Renforcer et promouvoir la présence des Infirmières de Pratique avancée dans le parcours du patient ;
- Mettre en place un dialogue de gestion dédié et le suivi des délégations de crédits des établissements autorisés, en lien avec l'agence de biomédecine.

Les publics ciblés

- Grand public
- Associations de patients
- Médecins

Les partenaires à mobiliser

- Agence de biomédecine
- Associations de patients
- Établissements de santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
Objectif 8.3 : développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEURS (3 MAX)	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de greffe totale		
Nombre de greffes rénales donneurs vivants		
Nombre de greffes de CSH		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Modalités de l'activité de soins		GREFFE		
		REGION BRETAGNE		
		Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Adultes	Rein	2	-	**2**
	Cœur	1	-	**1**
	Poumon	0	-	**0**
	Cœur-poumon	0	-	**0**
	Foie	1	-	**1**
	Intestin	0	-	**0**
	Pancréas	0	-	**0**
	Rein-pancréas	1	-	**1**
	Cellules hématopoïétiques / Allogreffe	2	-	**2**
Pédiatrique	Rein	0	-	**0**
	Cœur	0	-	**0**
	Poumon	0	-	**0**
	Cœur-poumon	0	-	**0**
	Foie	1	-	**1**
	Intestin	0	-	**0**
	Pancréas	0	-	**0**
	Cellules hématopoïétiques / Allogreffe	1	-	**1**

Neuroradiologie interventionnelle

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La réforme des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie entre en vigueur à compter du 1 er juin 2023. Cette réforme s'inscrit dans le cadre général de la réforme des autorisations d'activités de soins Les textes réglementaires encadrant l'activité de neuroradiologie interventionnelle (NRI) ont été publiés le 10 janvier 2022. Ils révisent les dispositions en vigueur dans un objectif de clarification et de lisibilité du droit.

L'activité est rebaptisée « activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ». Elle ne fait plus l'objet d'une planification interrégionale.

Les principaux enjeux de la réforme sont les suivants :

- La prise en compte de l'innovation et de l'amélioration de l'organisation territoriale des soins : continuer à développer la thrombectomie mécanique et en améliorer l'accessibilité.
- Le renforcement de la pertinence des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins

Le dispositif prévoit une gradation des autorisations d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, selon deux niveaux :

1. La mention A, pour la réalisation de la thrombectomie mécanique et des actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu ;

2. La mention B, pour l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie.

L'émergence de la thrombectomie mécanique en 2015 a constitué une révolution de la stratégie thérapeutique de l'AVC ischémique. En plus d'une fenêtre thérapeutique allant jusqu'à 6 heures (4h30 pour la thrombolyse intraveineuse), la thrombectomie est associée à un impact positif sur la morbidité, à un meilleur pronostic fonctionnel (autonomie et dépendance) ainsi qu'à une meilleure qualité de vie à 90 jours26. Mais tous les patients AVC ne sont pas susceptibles d'être traités par voie endovasculaire. Cette stratégie thérapeutique n'est en effet possible que lorsque de grosses artères sont obstruées.
La France figure parmi les pays européens pratiquant le plus de thrombectomies mécaniques grâce à une pratique qui ne cesse d'augmenter. Toutefois, ce chiffre ne représente que 4,5 % des patients AVC en France. Les récentes études démontrent, sur la base des registres existants et des essais cliniques menés, que 10 % des patients

AVC sont éligibles pour une thrombectomie mécanique. Des efforts restent donc à mobiliser pour augmenter la pratique de la thrombectomie mécanique et ainsi permettre d'éviter certains handicaps.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Améliorer l'accessibilité de la thrombectomie mécanique à la phase aigüe de l'AVC en Bretagne ;
- Accompagner et soutenir les établissements pour la mise en place des équipes médicales et paramédicales nécessaires pour le fonctionnement de ces équipements.

Neuroradiologie interventionnelle

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Favoriser l'ouverture d'un centre réalisant la thrombectomie mécanique par département ;
- Organisation des filières de prise en charge et des parcours patients avec une attention particulière sur les transports interhospitaliers.

Les publics ciblés

- Patients nécessitant des actes de neuroradio-interventionnels

Les partenaires à mobiliser

- Neuroradiologues
- Neurologues
- SAMU
- Urgentistes
- Etablissements de santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☐ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Ils ciblent sur la durée du PRS l'ouverture d'un centre réalisant la thrombectomie mécanique par département, en l'occurrence sur les Côtes-d'Armor :

Mentions	ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN NEURORADIOLOGIE		
	REGION BRETAGNE		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
A - Thrombectomie mécanique	1	+1	2
B - Ensemble des activités de NRI	2	-	2

Traitement des grands brûles

Cette activité était auparavant planifiée à l'échelle du schéma interrégional d'organisation sanitaire Ouest.

Depuis le décret n°2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé, le niveau de planification applicable à cette activité est celui du schéma régional de santé.

Le traitement des grands brûles constitue une activité non réformée.

Les besoins de la population bretonne dans ce domaine demeurent pris en charge à une échelle interrégionale, notamment avec le centre de traitement des grands brûlés de Nantes.

La région Bretagne dispose quant à elle d'un centre de soins de suite et de réadaptation prenant en charge les brûlés dans un objectif le traitement préventif/curatif des complications et de favoriser un retour à l'autonomie le plus précoce possible.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalités de l'activité de soins	GRANDS BRULES		
	REGION BRETAGNE		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Adultes	0	-	**0**
Enfants	0	-	**0**

Partie 2 : Planifier les activités soumises à autorisation

Zonage territorial



Activités cliniques et biologiques d'aide médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les activités biologiques de diagnostic prénatal (DPN) visent à tester le fœtus avant sa naissance pour déterminer s'il est atteint de certaines anomalies, notamment de maladies génétiques héréditaires ou spontanées. Le cadre de fonctionnement de l'activité de DPN devrait être amener à évoluer dans les années qui viennent, invitant possiblement à questionner l'organisation ou les priorités de l'offre en Bretagne concernant le DPN à l'issue de cette rénovation réglementaire.

L'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP) s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (article L.2141-1 du code de la santé publique).
En région Bretagne, le deuxième schéma régional de santé avait inscrit la nécessité de créer un centre d'aide médicale à la procréation dans les Côtes d'Armor, afin d'assurer une couverture complète des 4 départements bretons. L'autorisation a été attribuée par l'ARS en mai 2023.

Par ailleurs, le cadre légal de l'AMP a récemment évolué :

- La nouvelle loi de bioéthique du 3 aout 2021 a élargi l'accès à l'AMP aux couples de femmes et aux femmes célibataires et a supprimé le critère médical d'infertilité ;
- Par ailleurs, il est aujourd'hui permis aux hommes et femmes qui le désirent de faire congeler leurs gamètes sans motif médical pour avoir recours à l'AMP plus tard au cours de leur vie.

Actuellement en Bretagne, seuls les 2 CHU et la Clinique de La Sagesse ont été autorisés à développer ces activités.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Permettre à l'ensemble de la population bretonne d'avoir accès à tous les champs de l'AMP.

Activités cliniques et biologiques d'aide médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Développer l'AMP à visée sociétale dans les départements du Morbihan et des Côtes d'Armor.

Les publics ciblés

- Femmes célibataires
- Couples de femmes
- Femmes entre 29 et 37 ans révolus pour la conservation des gamètes à visée sociétale
- Hommes de 29 à 44 ans révolus pour la conservation des gamètes à visée sociétale

Les partenaires à mobiliser

- Agence de Biomédecine
- Etablissements de santé
- Laboratoires de biologie médicale

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 6.3. : Promouvoir la santé des femmes	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre d'autorisations d'AMP a visée sociétale	3	5

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Modalités de l'activité de soins	AIDE MEDICALE A LA PROCREATION ET DIAGNOSTIC PRENATAL																				
	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Activités biologiques: Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	4	-	4	1	-	1	1	-	1	2	-	2	1	-	1	2	-	2	0	-	0
Activités biologiques : - Activités relatives à la fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation, comprenant notamment : - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue du don, - préparation, conservation et mise à disposition des ovocytes en vue du don, - conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation des tissus germinaux en application de l'article L.2141-11, - conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L.2141-4, - conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci,	2	-	2	1	-	1	0	-	0	3	-	3	0	-	0	1	-	1	0	-	0
Activités biologiques : - Conservation de gamètes à des fins d'autoconservation.	1	-	1	0	+1	1	0	-	0	2	-	2	0	-	0	0	+1	1	0	-	0

Modalités de l'activité de soins	AIDE MEDICALE A LA PROCREATION ET DIAGNOSTIC PRENATAL																			
	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Activités cliniques : - le prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP, - le prélèvement de spermatozoïdes, - le transfert d'embryons en vue de leur implantation, - le prélèvement d'ovocytes en vue du don, - la mise en œuvre de l'accueil de l'embryon.	2	-	2	1	-	1	0	-	0	3	-	3	0	-	0	1	-	1	0	-	0
Activités cliniques : - Recueil et prélèvement de gamètes à des fins d'autoconservation	1	-	1	0	+1	1	0	-	0	2	-	2	0	-	0	0	+1	1	0	-	0
DPN - Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	-	1	0	-	0	0	-	0	1	-	1	0	-	0	0	-	0	0	-	0
DPN - Examens de génétique moléculaire	1	-	1	0	-	0	0	-	0	2	-	2	0	-	0	0	-	0	0	-	0
DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	-	1	0	-	0	0	-	0	1	-	1	0	-	0	0	-	0	0	-	0
DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	-	1	1	-	1	0	-	0	1	-	1	0	-	0	0	-	0	0	-	0
DPN - Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
DPN - Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel (dépistage)	1	-	1	0	-	0	0	-	0	1	-	1	0	-	0	0	-	0	0	-	0

Cardiologie interventionnelle

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie regroupe tous les actes à but diagnostic ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intra-luminale portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie. Elle constitue un outil diagnostique puissant (près de 50% des actes de cardiologie interventionnelle sont réalisés à visée diagnostique) et est une des branches les plus dynamiques de la cardiologie (croissance moyenne nationale de 6%/an). Les techniques ont connu un essor spectaculaire au cours des trente dernières années, tant dans le champ des cardiopathies ischémiques et structurelles (pathologie valvulaire, malformations congénitales, insuffisance cardiaque…) que dans celui de la rythmologie.

Les décrets du 16 mars 2022 qui entreront en vigueur au 1er juin 2023 précisent les conditions d'implantation pour l'activité interventionnelle sous imagerie en cardiologie. Ils prévoient les conditions d'autorisation de l'activité et de son renouvellement, avec d'une part des conditions techniques de fonctionnement communes, et spécifiques, aux différents champs (rythmologie, cardiopathies ischémiques et structurelles, cardiopathies congénitales), et d'autre part une redéfinition des seuils annuels d'activité pour chaque champ.

Dans le champ des cardiopathies ischémiques, le seuil minimal d'activité d'angioplastie coronaire à 400 actes par an (contre 350 auparavant), est atteint par les 9 centres de cardiologie interventionnelle (CCI) bretons.

Le champ de la rythmologie interventionnelle est le plus impacté, avec l'introduction d'une gradation des actes via 4 mentions (A, B, C, D). Les actes de niveau B et C sont le résultat d'une sous-division de l'autorisation précédente, tandis que la catégorie A est une création, l'activité associée n'était jusqu'à présent soumise à aucune autorisation. Des seuils sont établis ou revus à la hausse pour chaque mention, le plus sensible concernant l'activité de pose de défibrillateur/stimulateur multisite (mention B), les indications thérapeutiques tendant à diminuer devant les progrès des traitements médicaux de l'insuffisance cardiaque.

Au niveau régional à ce jour, seul le territoire de santé Cœur de Breizh ne possède pas de CCI. 15 établissements réalisent plus de 10 actes annuels qui relèveront de la mention A. Parmi les CCI, 7 réalisent des actes qui relèveront de la mention B, seuls deux établissements du territoire « Finistère Penn Ar Bed » ne disposent pas d'autorisation pour une activité mention B, cette activité étant réalisée sur le CHRU de référence. Les patients domiciliés sur le sud Finistère (ancien TS2) y sont préférentiellement pris en charge et dans une moindre mesure sur le territoire de Lorient-Quimperlé.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Mettre en œuvre la réforme des autorisations d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie tout en :
  - Confortant et ajustant les activités de cardiologie interventionnelle aux besoins de la population, dans le cadre d'un meilleur maillage du territoire, en privilégiant les sites éloignés de toute offre ;
  - Renforçant l'offre cardiologique des établissements supports des territoires par l'amélioration de leur attractivité.

Cardiologie interventionnelle

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Evaluation de l'offre de soins actuelle en cardiologie interventionnelle, par territoire de santé, en particulier dans le domaine de la rythmologie interventionnelle ;
- Travail collaboratif ville-hôpital sur chaque territoire afin de conforter l'activité de rythmologie interventionnelle dans les CCI, en particulier ceux dont l'activité soumise à seuil n'est pas, ou juste atteinte.

Les publics ciblés

- Patients nécessitant des actes de cardiologie interventionnelle.

Les partenaires à mobiliser

- Etablissements de santé autorisés à l'activité de cardiologie interventionnelle sous imagerie médicale.
- Cardiologues/rythmologues interventionnels.
- Cardiologues libéraux (adressage)

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☐ Financement	☒ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population ◉ Objectif 5.4 : Consolider et faire évoluer prise en charge des personnes atteintes pathologies cardio-neuro-vasculaire	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs seront précisés en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Modalités de l'activité de soins			ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE EN CARDIOLOGIE																			
			Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
			Nbre d'autorisations délivrées (ancienne réglementation)	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées (ancienne réglementation)	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées (ancienne réglementation)	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées (ancienne réglementation)	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées (ancienne réglementation)	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées (ancienne réglementation)	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées (ancienne réglementation)	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Rythmologie interventionnelle	A	Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de la pose de pace maker mono et double avec sonde.	1	+ 3	**3**	1	-	**0**	1	-	**0**	2	+1	**1**	1	-	**0**	1	+1	**1**	0	-	**0**
	B	Actes d'ablation atriale droite et atrioventiculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multi-sites.		+1	**1**		+1	**1**		-	**0**		-	**0**		+1	**1**			**0**		-	**0**
	C	Actes d'ablation atriale droite et atrioventiculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multi-sites.		-	**0**		-	**0**		+1	**1**		+1	**1**		-	**0**		+1	**1**		-	**0**
	D	Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale.		+1	**1**		-	**0**		-	**0**		+1	**1**		-	**0**		-	**0**		-	**0**
Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A	Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales.	0	+1	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	1	-	**0**	0	-	**0**	0	+1	**1**	0	-	**0**
	B	Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention su septum atrial ou ventriculaire.		-	**0**		-	**0**		-	**0**		+1	**1**		-	**0**		-	**0**		-	**0**
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte			3	-	**3**	1	-	**1**	1	-	**1**	2	-	**2**	1	-	**1**	1	-	**1**	0	-	**0**

Chirurgie *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La prise en charge chirurgicale occupe une place déterminante dans les prises en soins de nos populations. Pour autant, elle doit pouvoir s'adapter aux évolutions sociétales (vieillissement de la population) et règlementaires, tout en prenant également en compte les contraintes actuellement rencontrées sur la démographie médico soignante.

Ainsi, plusieurs enjeux sont identifiés :

- La poursuite de la transformation et de la gradation de l'offre de soins, en facilitant l'accès à une offre de proximité, tout en confortant l'offre de recours à l'échelle territoriale et régionale ;
- Le renforcement du parcours patient en amont et en aval de la prise en charge chirurgicale par une meilleure gradation des soins et le renforcement de l'innovation dans un contexte de démographie médicale fragile sur certains territoires ;
- L'amélioration durable de l'efficience interne des établissements, en considérant notamment la transformation de leurs organisations internes et territoriales.

Ainsi les actions doivent se baser sur :

- L'organisation du parcours en chirurgie y compris ambulatoire avec pour cette dernière une vigilance particulière à son accès pour les personnes en situation de vulnérabilité (travail multidisciplinaire en amont et en aval) ;
- La prise en soins des personnes en situation d'obésité : parcours adapté dans une démarche de prise en charge globale. Adaptation de l'offre de soins à la réforme des autorisations.

Prise en compte de la démographie médico soignante et adaptation de l'offre de soins au sein des territoires.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Optimiser l'efficience de l'offre de soins en travaillant sur la gradation, la délégation de taches et l'adaptation aux besoins ;
- Développer ou renforcer le parcours patient (amont et aval) notamment pour les personnes vulnérables ; et celles en situation d'obésité ;
- Intégrer dans la réflexion l'amélioration des déterminants en sante, la prévention et le maintien de l'autonomie ;
- Chirurgie bariatrique : organiser l'offre de soins dans le respect de la réforme des autorisations et d'un parcours complet multidisciplinaire de prise en soin allant du repérage au suivi post chirurgical ;
- Chirurgie pédiatrique : organiser la prise en soin dans le respect de la règlementation en lien avec la mise en place des DSR ;
- Développer l'attractivité métier (médical et soignant).

Chirurgie *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Inciter les partenariats pour favoriser et développer le parcours des personnes en situation de vulnérabilité (équipe mobile lien HAD/SSR, lien ville hôpital.) ;
- Optimiser le parcours de la prise en charge de la personne en situation d'obésité en se basant à chaque étape sur une évaluation multidisciplinaire ;
- Optimiser et adapter les organisations de parcours au sein des établissements (AAP ambassadeurs /ambassadés) ;
- Renforcer l'autonomie et la responsabilité des patients en favorisant le virage ambulatoire et domiciliaire (objets connectés, SI, IA, développement MSS et APA) ;
- Favoriser le développement de nouvelles compétences, les délégations de taches et les nouveaux métiers et renforcer l'accueil des professionnels de santé au sein des territoires.

Les publics ciblés

- Usagers
- Population vulnérable : personnes âgées, isolé social, personne en situation de handicap
- Personne en situation de surpoids et d'obésité

Les partenaires à mobiliser

- Institut de formation : UFR, IFSI, Institut de formation continue
- Acteurs de la coordination : CPTS DAC HAD acteurs du soin de ville services sociaux
- CSO
- Financeurs : ARS CPAM
- Secteurs associatifs : associations sportives, association d'entraides et de soutien aux familles etc.
- Les collectivités : Mairie, Communauté de communes, département, région

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 2 : Agir sur les grands déterminants de la santé et conforter la prévention ◉ Objectifs 3 : Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé ◉ Objectifs 4 : Garantir l'accès à une offre de soins adaptée sur les territoires ◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie ◉ Objectifs 6 : développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires ◉ Objectifs 7 : Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes ◉ Objectifs 8 : Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et l'innovation en santé ◉ Objectif II.T.F : HAD	◉ Liens avec la réforme des autorisations et la nouvelle politique de sante concernant les conditions d'implantation et de fonctionnement de la chirurgie ◉ Stratégie de transformation du système de santé (STSS) – Ma santé 2022 ◉ Feuille de route « Prise en charge des personnes en situations d'obésité » 2019-2022 DGOS-DGS-CNAM ◉ 4éme plan national Santé Environnement ◉ Programme National Nutrition Santé 2019 -2023 ◉ Mesure 5 du Ségur de la Santé « Territoires universitaires de Santé »

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux de chirurgie ambulatoire	61.7	Progression adaptée à la population prise en soins
Taux de ré-hospitalisation j+7		
Poids moyen du cas traité (PMCT) de chirurgie hors hospitalisation complète		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Concernant la chirurgie bariatrique, une attention particulière devra être apportée par les porteurs de projets à' intégration au sein d'un parcours global de la prise en soin de la personne en situation d'obésité allant de l'amont (parcours multidisciplinaires pré opératoire) à l'aval (parcours post opératoire) et au suivi qui doit se poursuivre de façon définitive.

CHIRURGIE																					
Modalités de l'activité de soins	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Adultes	11		**11**	3	-	**3**	3	-	**3**	10	-	**10**	4	-	**4**	5	-	**5**	2	-	**2**
Pédiatrique			**10**		-	**3**		-	**2**		-	**8**		-	**3**		-	**5**		-	**2**
Bariatrique		-	**5**		-	**2**		-	**2**		-	**3**		-	**1**		-	**2**		-	**1**

PTS: Maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale/Orthopédique et traumatologique/Plastique, reconstructrice /Thoracique et cardiovasculaire/Vasculaire et endovasculaire/Viscérale et digestive/Gynécologie obstétrique/Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière/ophtalmologie/Oto-rhino-laryngologie et cervico-faciale/urologie

Gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La Gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la réanimation permettent la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés de l'anté au postpartum.

La Bretagne bénéficie d'un maillage en maternités relativement dense avec 22 maternités.

Avec un capacitaire de 697 lits d'obstétrique, soit 0.2 pour 1000 habitants, notre région se situe dans la moyenne nationale.

Au regard de la répartition des différents niveaux de maternités tels que décrits dans les décrets de Périnatologie de 1998, la BRETAGNE se différencie du territoire national avec deux maternités de niveaux 2B dans le sud de la Région (à Lorient et Quimper) représentant 10% de l'ensemble des maternités de la région (moyenne nationale : 18%.)

Ces maternités de niveaux 2B ayant des services de soins intensifs néonataux, le capacitaire de ceux-ci s'en trouve impacté.

En Bretagne, le capacitaire total de lits de néonatologie (soins courants, soins intensifs et réanimation) est légèrement supérieur à celui de la France entière. Néanmoins, la répartition de ces lits démontre un capacitaire des soins-intensifs inférieur aux constats nationaux (1.5 pour 1000 naissances contre 1.7 au niveau national). Ce déficit est plus particulièrement identifié dans le nord Bretagne.

Ces lits de soins intensifs ont vocation à accueillir des nouveau-nés ayant besoin de soins relativement lourds, mais également des prises en charge en aval de la réanimation. Ils permettent de fluidifier les parcours des mères et de leurs nouveau-nés, et de limiter ainsi les transferts.

Le contexte d'évolution des besoins dus à la fois à une forte augmentation démographique, cumulée a une augmentation du nombre de grossesses dites complexes et potentiellement du nombre de nouveau-nés prématurés, conduisent à porter une vigilance sur le capacitaire régional.

Ces éléments s'articulent étroitement avec la partie 1.6.1« *Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires – Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant* »

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Adapter l'offre de soins en néonatologie dans un souci de répartition territoriale de l'offre et d'accompagnement dans l'évolution des besoins ;

- Ces activités de soins étant incluses dans le champ de la réforme des autorisations, des évolutions réglementaires sont attendues après publication du PRS 3.
  Elles feront donc l'objet d'une révision intégrant les nouvelles orientations.

Gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Augmenter le capacitaire de soins intensifs de néonatologie de l'ordre de 4 à 6 lits en privilégiant le Nord Est breton actuellement sous doté.

Les publics ciblés

- Parents/parturientes
- Nouveau-nés

Les partenaires à mobiliser

- Associations de parents
- Réseau régional Périnatalité
- Etablissements de santé

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☐ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 6.1 : Adapter la prise en charge périnatale et accompagner les 1000 premiers jours de l'enfant	◉ Politique des 1000 jours

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de lits de soins intensifs néonataux		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Modalités de l'activité de soins	PERINATALITE																				
	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Gynécologie obstérique	6	-	**6**	1	-	**1**	3	-	**3**	6	-	**6**	1	-	**1**	4	-	**4**	1	-	**1**
Néonatologie sans soins intensifs	4	-	**4**	1	-	**1**	2	-	**2**	5	-	**5**	1	-	**1**	2	-	**2**	1	-	**1**
Néonatologie avec soins intensifs	2	-	**2**	1	-	**1**	1	-	**1**	1	-	**1**	0	+1	**1**	1	-	**1**	0	-	**0**
Réanimation néonatale	1	-	**1**	0	-	**0**	1	-	**1**	1	-	**1**	0	-	**0**	1	-	**1**	0	-	**0**

Hospitalisation à domicile (HAD)

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'HAD assure au sein du lieu de vie de la personne (domicile ou établissement social et médico-social) une prise en charge médicale, soignante, réadaptative et psychosociale coordonnée de niveau hospitalier.

La qualité du service à apporter au patient et à ses proches, le recentrage des soins vers le secteur ambulatoire, la proximité d'établissements de santé, la continuité et la coordination des soins représentent des enjeux des prochaines années, notamment pour faire face à la croissance du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Le vieillissement de la population est un défi, alors que l'aspiration des personnes à vieillir et mourir à leur domicile se manifeste de plus en plus ; conduisant à réfléchir une nouvelle offre médico-sociale articulée avec l'HAD.

Les réformes de l'HAD et la feuille de route nationale, traduisent une forte volonté nationale de développer l'HAD, qui sera opportunément déclinée en région, afin de contribuer à la transformation nécessaire de l'offre de soins.

Depuis 10 ans, en Bretagne, l'activité des HAD a doublé. Malgré cette réelle dynamique, des disparités de taux de recours et de diversité de prise en charge persistent dans les territoires. Moins de 0,5 % des patients traités pour un cancer ont pu bénéficier d'une chimiothérapie à domicile. La crise COVID a aussi montré l'intérêt des concertations territoriales associant l'ensemble des acteurs et des établissements de proximité dont les HAD, pour mieux réguler les prises en charge et la gestion des lits.

L'enjeu sera de construire sur les territoires des filières de soins (pédiatriques et périnatales, gériatriques, cancérologie, soins médicaux et de réadaptation, prise en charge des maladies neurodégénératives, soins palliatifs) répondant aux attentes légitimes des usagers, intégrant les nouveaux acteurs, dispositifs de coordination (CPTS, DAC) avec les HAD, dans une logique de pertinence des parcours, ; et de favoriser la complémentarité d'exercice avec les autres effecteurs de soins du domicile et les intervenants du domaine médico-social.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Renforcer la place de l'HAD dans l'organisation territoriale sanitaire ;
- Développer les mentions de spécialité en HAD : réadaptation, ante et post partum, enfant de moins de 3 ans ;
- Valoriser l'expertise de l'HAD dans les soins palliatifs ;
- Développer l'intervention de l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux, et la coordination avec les acteurs du secteur ;
- Optimiser l'accès aux chimiothérapies en HAD et favoriser toutes les alternatives aux séances pouvant être réalisées au domicile du patient ;
- Favoriser l'orientation des patients éligibles à la prise en charge en HAD depuis les urgences.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Rendre effective l'association aux projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire et l'intégration des HAD dans les filières territoriales (soins palliatifs, gériatriques, de réadaptation, équipes mobiles) dans une logique de gradation et de pertinence des parcours ;
- Déployer des outils territoriaux de coordination ;
- Inscrire au CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) des établissements de santé un objectif de prise en charge à domicile en lien avec les HAD ;
- Accompagner en lien avec la réforme des autorisations, les établissements d'HAD dans le déploiement territorial des mentions spécialisées ;
- Améliorer, par des actions de communication, la connaissance des HAD ;
- Soutenir le développement de l'innovation en HAD ;
- Accompagner le développement de l'intervention HAD en établissements sociaux ou médico-sociaux.

Les publics ciblés

- Usagers
- Etablissement de santé
- Etablissements médico-sociaux
- Dispositifs de coordination (DAC, CPTS)

Les partenaires à mobiliser

- Effecteurs du domicile
- Associations d'usagers

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 5.3 : Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer. ◉ Objectif 5.6 : Conforter l'organisation territoriale en soins palliatifs ◉ Objectif 7.4 : Renforcer les coopérations territoriales au service des personnes âgées.	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux régional de recours à l'HAD	31 patients/jours/100 000	40 patients/jours/100 000
Nombre de patients pris en charge en ESMS/an	3 048	3 500
Taux de recours pour la mention « réadaptation »	2,6 patients/jour/100 000	7 patients/jour/100 000

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Ils s'appuient sur le principe de responsabilité territoriale de chaque HAD, qui traduit une volonté d'équité de prise en charge. Ce principe vaut aussi bien pour la mention socle que pour les mentions spécialisées. Ainsi une même HAD sera territorialement responsable sur son territoire (ou par convention) au titre des mentions socles et spécialisées.

Ils traduisent la volonté de développer une offre harmonisée sur l'ensemble du territoire breton :

- L'HAD de réadaptation en lien avec les structures autorisées pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR). Au regard du maillage de l'offre de SMR et de la démographie des professionnels de réadaptation et de la nécessité de créer des filières de prises en charge et de garantir la pertinence des soins, la structuration d'une offre dans ce domaine devra privilégier les conventions avec les structures autorisées en SMR ;
- L'HAD ante et post-partum ;
- L'HAD enfants de moins de 3 ans notamment dans un souci de permettre les sorties anticipées depuis un service de néonatologie permettant de fluidifier les parcours, de favoriser le lien parent-enfant et d'accompagner la transition hôpital-domicile.

Modalités de l'activité de soins	HOSPITALISATION A DOMICILE																				
	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nbred'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbred'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbred'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbred'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbred'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbred'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbred'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Socle	3	-	**3**	1	-	**1**	2	-	**2**	1	-	**1**	1	-	**1**	3	-	**3**	1	-	**1**
Réadaptation	NC	+3	**3**	NC	+1	**1**	NC	+2	**2**	NC	+1	**1**	NC	+1	**1**	NC	+3	**3**	NC	+1	**1**
Ante et post partum	NC	+3	**3**	NC	+1	**1**	NC	+2	**2**	NC	+1	**1**	NC	+1	**1**	NC	+3	**3**	NC	+1	**1**
Enfants de moins de 3 ans	NC	+3	**3**	NC	+1	**1**	NC	+2	**2**	1	+1	**2**	NC	+1	**1**	NC	+3	**3**	NC	+1	**1**

Médecine d'urgence *(mise à jour du 27.06.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Mots clefs :
SRS – OQOS - autorisation activité de médecine d'urgence - Structures des urgences - antennes de médecine d'urgence - SAMU - SAS – SMUR

Depuis plusieurs années, les structures de médecine d'urgence demeurent une pierre angulaire de notre système de santé, à l'interface directe entre la ville et l'hôpital. Elles permettent d'assurer une réponse rapide et efficace en cas d'urgence, qu'elle soit réelle ou ressentie.

Les structures de médecine d'urgence ont par ailleurs joué un rôle fondamental durant la crise sanitaire COVID-19 et ont efficacement contribué à la résilience de notre système de santé.

Leur activité continue de croître depuis plusieurs années : + 4,9% de passages dans nos services d'urgence bretons depuis 2016 avec toutefois un ralentissement sur les 5 dernières années (+1.5% entre 2019 et 2023). La généralisation du SAS s'est également accompagnée d'une croissance des sollicitations auprès des plateformes de régulation médicale.

La publication des décrets relatifs à l'activité de médecine d'urgence en 2023 a marqué l'aboutissement des travaux de réforme menés depuis 2018. Elle introduit de nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement de l'aide médicale urgente (notamment antenne de médecine d'urgence et unité mobile hospitalière paramédicale) et conforte plusieurs axes de travail : la promotion de l'exercice mutualisé à l'échelle du territoire, la nécessité d'une plus grande coopération avec les professionnels paramédicaux (via le recrutement d'infirmiers en pratique avancée ou par la délégation de tâches), le contrôle des flux aux urgences, avec en amont des alternatives pour améliorer la pertinence des flux (CPTS, développement des soins non programmés, organisation de la réorientation à l'entrée des Urgences, régulation de l'accès au service des urgences) et la nécessité de mieux suivre l'activité de nos structures de médecine d'urgence.

Par ailleurs la structuration des transports pédiatriques et néonatologiques au niveau régional est un enjeu fort qui permettra de reconnaitre, renforcer et consolider une activité déjà existante.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Maintenir un accès aux soins urgents de la population en moins de 30 minutes ;
- Améliorer les conditions d'attractivité et de qualité de vie au travail dans les structures de médecine d'urgence ;
- Favoriser l'intégration des structures de médecine d'urgence au sein de l'écosystème territorial ;
- Améliorer la pertinence de l'accès aux structures de médecine d'urgence.

Médecine d'urgence *(mise à jour du 27.06.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Favoriser le travail en équipe territoriale et répondre aux attentes des personnels des urgences afin de fidéliser les équipes ;
- Promouvoir les actions améliorant la pertinence du parcours de soins en orientant le patient vers une offre adaptée, disponible et accessible ;
- Partager entre établissements l'information relative aux tensions et à l'aval des urgences ;
- Améliorer les interactions entre établissements autorisés à l'activité de médecine d'urgence et avec les acteurs du premier recours ;
- Promouvoir la coopération entre professionnels de santé, notamment en favorisant l'action paramédicale dès lors qu'elle est possible.

Les publics ciblés

- Toutes personnes ayant besoin d'un accès urgent aux soins

Les partenaires à mobiliser

- Direction et Professionnels de santé travaillant en établissement de santé
- URPS, ADPS
- CPTS, structures d'exercices coordonnées
- Conseil de l'ordre
- Elus et représentants des usagers

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 4.1 : Consolider la réponse aux besoins de soins non programmés, urgents et non urgents ◉ Objectif 4.2 : Améliorer la réponse aux besoins de transport sanitaire ◉ Objectif 5.4 : Consolider et faire évoluer la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-neuro-vasculaires ◉ Complémentarité avec les autres PS (IPA)	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part de la population ayant un accès aux soins urgents à plus de 30 minutes		
Nombre d'équipes médicales de territoire		
Nombre d'IPA et nombre d'IDE participant à un protocole national infirmier au sein des SU		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

La mise en œuvre des nouvelles autorisations d'antenne de médecine d'urgence sera progressive, en lien avec la maturité des projets.

En lien avec l'expression du groupe de travail régional relatif aux urgences, ont été particulièrement considérées la soutenabilité des ressources humaines pour maintenir l'offre de soins urgents et la garantie de l'accès aux soins de l'AMU en moins de 30 minutes. Le maillage actuel et le diagnostic des besoins n'invitent pas à créer une offre supplémentaire. Par conséquent, ces nouvelles implantations ne s'entendent que par évolution d'une offre aide médicale urgente déjà existante.

Cette démarche de transformation (d'un SU actuel H24 vers une antenne de médecine d'urgence par exemple) ne sera engagée que sous conditions d'une démarche positive et volontariste de la gouvernance de l'établissement de santé et de sa concertation territoriale dans le cadre notamment des conseils territoriaux de santé et selon la lettre et l'esprit de l'accord de méthode annexés au PRS.

Sur les antennes des Médecine d'urgence, les acteurs se sont accordés sur une définition du besoin basée sur la typologie des Services d'urgence (SU) existants et le profil des patients accueillis dans ces unités.
Sur les critères à considérer pour qualifier les SU éligibles au statut d'antenne de médecine d'urgence, en sus des critères ci-dessus, ont été retenus :

- L'existence d'une offre redondante AMU sur le territoire et ne pénalisant pas l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes
- Le profil des patients consultant entre 20h et 8h, et principalement le nombre de passages de 20h à 8h, le nombre de passages de 20h à 8h suivis d'hospitalisation et la gravité du passage des patients hospitalisés de 20h à 8h,

Les questionnements sur les structures des urgences (SU) pédiatriques et SMUR pédiatriques ont été abordés dans le précédent PRS 2023-2028. Les décrets d'activité de médecine d'urgence n'apportant pas d'évolution réglementaire majeure sur ce périmètre, il n'est pas prévu de faire évoluer ces OQOS. Dans le cadre de la structuration du SMUR pédiatrique et conformément à l'expression en groupe thématique régional, il est attendu des établissements autorisés aux SMUR pédiatriques la formalisation d'un document de référence en lien avec les établissements de santé recevant des patients pédiatriques. Ce document aura pour objectif de clarifier les modalités d'organisation de cette activité en harmonisant les pratiques, notamment en matière d'âge des bénéficiaires et des modes de prise en charge. Il permettra également de définir avec précision les rôles et responsabilités de chacun, tant en termes d'intervenants que de répartition géographique.

Modalités de l'activité de soins		MEDECINE D'URGENCE																		
		Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
		Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
SAMU		1	-	**1**	0	-	**0**	1	-	**1**	1	-	**1**	0	-	**0**	1	-	**1**	0	-	**0**
SMUR	Adulte	7	-	**7**	2	-	**2**	3	-	**3**	4	-	**4**	2	-	**2**	4	-	**4**	1	-	**1**
	Pédiatrique	1		**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	1		**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**
	Antenne	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**
	Saisonnier	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**
Structure d'urgence	Adulte	9	de 0 à -3	**6 à 9**	2	-	**2**	2	-	**2**	6	de 0 à -1	**5 à 6**	2	-	**2**	4	de 0 à - 1	**3 à 4**	1	-	**1**
	Pédiatrique	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**
	Antenne	NC	de 0 à +3	**0 à 3**	NC	-	**0**	NC	-	**0**	NC	de 0 à +1	**0 à 1**	NC	-	**0**	NC	de 0 à +1	**0 à 1**	NC	-	**0**
	Saisonnière	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**

Médecine nucléaire

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La médecine nucléaire est une spécialité médicale dont le domaine d'action, concerne le **diagnostic, le pronostic et le suivi thérapeutique** d'un grand nombre de pathologies grâce à deux grands types d'examens : la **scintigraphie** (ou TEMP pour Tomographie d'Emission Mono Photonique) et la **Tomographie par Emission de Positons** (TEP). Elle permet d'étudier le fonctionnement des organes, le métabolisme des éléments constituants de l'organisme, normaux et pathologiques. Son principe repose sur l'administration chez un patient à des doses dites traceuses (très faibles) d'un médicament radiopharmaceutique. L'autre composante, **thérapeutique**, de la médecine nucléaire, promise à une croissance certaine dans le cadre des thérapies personnalisées, est la **radiothérapie interne vectorisée.**

Cette discipline est aujourd'hui en pleine évolution du fait de nouvelles indications et de l'apparition de nouveaux traceurs, notamment en cancérologie. Il convient d'accompagner cette évolution, associée à une réforme des autorisations de cette activité, pour poursuivre l'amélioration de l'accessibilité de cette offre aux patients bretons.
En droit des autorisations sanitaires, la médecine nucléaire n'était jusqu'à présent abordée qu'à travers l'utilisation d'équipements matériels lourds que sont les gamma caméras et les TEP. La récente réforme les commue en une activité de soins de médecine nucléaire avec mise en place d'une gradation proportionnée au niveau de risque de l'utilisation du MRP :

- La mention A : comprenant les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de MRP prêts à l'emploi ou préparés conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos.

- La mention B comprenant en plus :
  - Les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de MRP préparés selon un procédé aseptique en système ouvert ;
  - Les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
  - Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration d'un dispositif médical implantable actif ;
  - Les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de MRP.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

Le PRS 2 a été l'occasion d'augmenter de 44 % le parc de gamma caméras breton et de 33 % celui des tomographes à émission de positons, en autorisant de nouveau sites (en attente d'installation).

Etant donné la place de la médecine nucléaire dans la prise en charge de nombreuses pathologies, et son rôle dans la prise en charge des cancers, du diagnostic au traitement, il apparait pertinent de :

- Sécuriser les ressources humaines médicales et paramédicales nécessaires aux activités de médecine nucléaire ;
- Poursuivre le développement de l'accessibilité à la médecine nucléaire et aux nouvelles techniques thérapeutiques de manière graduée.

Médecine nucléaire

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Conforter la formation médicale en portant une attention particulière à la formation des internes : formation d'un interne par an au minimum dans la région, cible de formation d'un interne par an et par CHU breton ;
- Mesurer les besoins régionaux de manipulateurs en électroradiologie médicale ; adapter en conséquence l'appareil de formation et travailler à l'attractivité de la profession ;
- Déployer une nouvelle activité de mention A sur le Nord-Ouest de la Bretagne et des activités de mention B dans l'ensemble de la région, au minimum une par département ;
- Evaluer dans un second temps les besoins d'ajustement.

Les publics ciblés

- Les personnes en phase de diagnostic d'une maladie
- Les patients atteints d'une pathologie cancéreuse, cardiologique, rhumatologique, infectieuse, osseuse, thyroïdienne …

Les partenaires à mobiliser

- Les structures pratiquant la médecine nucléaire

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 5.3 : Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer	◉ Stratégie décennale de lutte contre le cancer

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Taux d'équipement en gamma-caméra		
Taux d'équipement en Tomographie à émission de position (TEP)		
Nombre de traitement par RIV		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalités de l'activité de soins	MEDECINE NUCLEAIRE																				
	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Mention A : Actes réalisés par l'administration de MRP en système clos	2	+1	**1**	1	-	**0**	1	-	**1**	6	-	**2**	1	-	**0**	2	+1	**1**	1	-	**1**
Mention B : Actes réalisés par l'administration de MRP en système clos et ouvert		-	**2**		-	**1**		-	**0**		-	**4**		-	**1**		-	**2**		-	**0**

Médecine *(mise à jour du tableau du 27.06.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La médecine, ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités, recouvre plusieurs caractéristiques :

- Des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative pouvant comporter des actes techniques ;
- Différents publics pris en charge : adultes et/ou enfants et adolescents ;
- Des modes d'hospitalisation à temps complet ou à temps partiel.

Certaines thématiques médicales font l'objet d'un objectif spécifique décliné dans ce PRS 3. Cet objectif global « médecine » vise donc à identifier les principaux enjeux de planification d'une activité soumise à autorisation.

Actuellement, le taux d'équipement régional pour la médecine en hospitalisation complète est de 198 lits pour 100 000 habitants. (Taux national : 185).

Force est de constater que les filières territoriales font face à des difficultés particulièrement prégnantes :

- Des difficultés d'aval, allongeant le parcours des patients pris en charge et les durées de séjour, particulièrement pour les patients les plus âgés ;
- Des ressources médicales et paramédicales insuffisantes pouvant conduire à des diminutions capacitaires ponctuelles.

L'enjeu prioritaire pour la région vise à sur ces facteurs de risque dans les 5 prochaines années.

Enfin, l'activité de médecine a été réformée par les décrets du 25 juillet 2022, entrés en vigueur en juin 2023. Les travaux du PRS 3 ont pour vocation d'accompagner ces modifications réglementaires.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Consolider l'offre existante sur les territoires, tout en renforçant l'offre de médecine polyvalente et de gériatrie ;
- Développer les coopérations territoriales et la structuration des filières territoriales ;
- Structurer et renforcer la fluidité des prises en charge ;
- Répondre à un besoin conjoncturel d'offre de médecine ;
- Renforcer l'offre d'hospitalisation à temps partiel, engagé dans le PRS 2.

Médecine *(mise à jour du tableau du 27.06.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Soutenir le développement de l'activité de médecine à l'appui de projets de coopérations et de structuration de filières territoriales ;
- Encourager le développement de la médecine polyvalente étayée le cas échéant par des avis des spécialistes ;
- Fluidifier le parcours patient et répondre au besoin de lits d'aval des services d'urgences en renforçant l'offre de médecine polyvalente et de gériatrie notamment dans le cadre des coopérations territoriales ;
- Renforcer les admissions directes en évitant le passage par un service d'urgences ;
- Structurer le parcours patient après pris en charge en soins critiques dans le cadre des coopérations territoriales ;
- Soutenir les dispositifs de sorties complexes, afin de fluidifier les parcours ;
- Identifier les leviers d'organisation de l'offre dans un contexte de tensions hospitalières et/ou de situations épidémiques ;
- Développer les prises en charge à temps partiel, dans le cadre du virage ambulatoire ;
- Développer les partenariats entre médecine somatique et psychiatrique notamment pour la prise en charge pédiatrique.

Les publics ciblés

- Patients, notamment à profils gériatriques ;

Les partenaires à mobiliser

- Etablissements de santé ;
- Professionnels de santé ;
- Acteurs de la ville (CPTS, médecins traitants, etc.) ;
- Porteurs d'hospitalisation à domicile (HAD).

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 5 : Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie. ◉ Objectifs 7 : Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes. ◉ Objectif II.T.F : HAD ◉ Objectif II.T.G : Médecine d'urgence ◉ Objectif II.T.M : soins critiques	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Durée Moyenne de Séjour (DMS) pour la médecine polyvalente et gériatrique		
Nombre de patients accueillis en médecine après un passage aux urgences		
Taux d'admission directe des séjours de médecine		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

Modalités de l'activité de soins		MEDECINE																				
		Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
		Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
N/A	N/A	20	-1 *	**19**	6	+3	**9**	6	-	**6**	20	-1 ***+1	**20**	5	-	**5**	8	+1	**9**	3	-	**3**
		* si transfert Grand Large sur Keraudren									*** au transfert de l'Hôpital sud											

Psychiatrie *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Trois éléments de contexte sont pris en compte dans la réflexion sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins de psychiatrie :

- La mise en place en 2023 de deux réformes majeures : la réforme du financement de la psychiatrie et celle du régime des autorisations. La réforme des autorisations pose pour tous les titulaires de l'autorisation de l'activité de psychiatrie des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement. Elle modifie fortement la granularité de planification de l'offre de soins, instaurant une plus grande souplesse ainsi que le renforcement des coopérations entre acteurs sur un même territoire ;
- Une augmentation marquée de la demande de soins pour troubles psychiques dans un contexte de crises multiples (Covid, climatique et environnementale, géostratégique), qui génère de fortes tensions sur les ressources humaines ;
- La nécessaire poursuite d'une évolution de l'offre de soins psychiatriques pour améliorer l'accès à un panel de soins diversifiés sur les territoires, visant l'autonomie des personnes, les alternatives à l'hospitalisation temps plein à chaque fois que cela est possible, et les coopérations entre acteurs au service de parcours plus fluides et mieux ajustés aux besoins.

Dans ce contexte de mise en place concomitante des deux réformes dont on ne mesure pas à ce jour l'ensemble des effets à moyens termes, et de fortes tensions sur les ressources humaines, l'enjeu principal des OQOS est de stabiliser l'offre de soins existante sur l'ensemble du territoire.

Les enjeux de prise en charge en santé mentale sont précisés dans la fiche objectif 5.1 Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Élaborer des objectifs quantifiés permettant de traduire l'offre de soins psychiatriques existante dans le nouveau régime des autorisations tout en la stabilisant
- Veiller à l'application des principes suivants :
  - Pour les mentions Adultes et Enfants/adolescents, la réunion des trois formes de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel et ambulatoire), qui peut intervenir par convention avec un autre établissement, devra l'être sur le territoire de l'offre hospitalière ou sur la zone d'intervention des établissements sectorisés ;
  - Pour la mention Périnatale, s'agissant d'une filière surspécialisée en émergence avec une assise régionale, les conventions et complémentarités seront à rechercher à un niveau régional ;
  - Les nouveaux développements d'activité qui seront envisagés par les établissements au sein des mentions qui leur auront été préalablement autorisées devront privilégier les évolutions par transformations et avoir anticipé leur financement ;
  - Les sites qui se libèreront du seul fait d'une opération de regroupement de deux autorisations sur un site unique, sans changement capacitaire global ou à la marge, n'ouvriront pas de ce seul fait de perspective nouvelle d'autorisation.

Psychiatrie *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Accompagner la réforme des autorisations ;
- Mettre en œuvre la fiche santé mentale 5.1 et ses 5 objectifs, illustrés par des exemples d'actions.

Les publics ciblés

- Population générale
- Personnes nécessitant des soins pour troubles psychiques

Les partenaires à mobiliser

- Etablissements autorisés en psychiatrie
- Ensemble des acteurs participant à l'offre en santé mentale sur les territoires :
  - Professionnels du premier recours,
  - Réseau des urgences,
  - Etablissements et professionnels du soin somatique,
  - Etablissements et professionnels médicosociaux,
  - Acteurs de la réinsertion et de l'inclusion sociale.

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 5.1 : Développer une politique de santé mentale partenariale et territoriale	◉ Feuille de route nationale de la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, dont mesures Assises ◉ Stratégie nationale de prévention du suicide ◉ Stratégie nationale des 1000 premiers jours ◉ Assises 2023 de la pédiatrie et de la santé de l'enfant

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs seront précisés en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Les 7 modalités de psychiatrie générale et les 6 en psychiatrie infanto-juvénile qui structuraient jusque-là les autorisations sont recomposées en 4 catégories appelées « mentions » :

- Adultes
- Enfants/adolescents (jusqu'à 18 ans)
- Psychiatrie périnatale (soins conjoints parents-bébés, dès l'anteconceptionnel et le prénatal)
- Soins sans consentement

C'est au niveau de la mention que sont définis les OQOS.

3 formes de prises en charges sont retenues :

- Temps complet
- Temps partiel
- Soins ambulatoires

Chaque établissement doit réunir par mention les 3 formes de prise en charge sur site ou par convention avec un autre établissement.

Les OQOS qui sont proposés prévoient une mention (adulte/enfant-ado/périnatalité/soins sans consentement) pour chaque site :

- Aujourd'hui autorisé en hospitalisation à temps complet : le « site principal » et les éventuels autres sites d'HC situés en dehors du site principal
- D'hospitalisation de nuit qui ne serait pas sur le site principal
- Qui ne disposerait que d'une activité d'hospitalisation à temps partiel sans lien avec une activité d'hospitalisation à temps complet

PSYCHIATRIE							
Modalités de l'activité de soins	Territoire Finistère - Penn Ar Bed	Territoire Lorient Quimperlé	Territoire Brocéliande - Atlantique	Territoire Haute-Bretagne	Territoire St-Malo Dinan	Territoire d'Armor	Territoire Cœur de Breizh
	Schéma cible PRS en nombre d'autorisations						
Adultes	12*	3 si regroupement des sites d'HC de	5 à 6	10	2	5	3
Enfants et adolescents	4	1	1	2	1	2	1
Périnatale**	2	1	1	2	1	2	1
Soins sans consentement	4	2	1	3	2	2	1
	*13 dans l'attente du transfert géographique de la clinique de l'Odet						
	** Concernant la psychiatrie périnatale, l'évolution du PRS accompagnera les projets retenus dans le cadre d'appels à projets qui pourraient porter sur cette thématique						

Les modifications induites par la réforme des autorisations sont telles qu'il n'est pas pertinent d'afficher dans ce tableau les autorisations jusque-là délivrées.

NB :Un établissement pourra déployer en dehors du site autorisé les activités suivantes qui seront listées dans une annexe à l'autorisation : les centres de crise ; les appartements thérapeutiques ; les accueils familiaux thérapeutiques ; les centres médico-psychologiques ; les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ; les soins à domicile ; les hôpitaux de jour ; les centres de post-cure ; les unités hospitalières spécialement aménagées ; les services médico-psychologiques régionaux ; les unités sanitaires en milieu pénitentiaires et les unités pour malades difficiles.

Radiologie diagnostique et interventionnelle *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'imagerie est indispensable à l'établissement du diagnostic médical et souvent à la validation des stratégies thérapeutiques.
L'accès facilité des patients à l'imagerie médicale diagnostique est un facteur essentiel de la qualité des soins.

Au cours du PRS 2, afin d'améliorer cet accès, dès 2018 les OQOS ont permis d'accroître le nombre d'autorisations de scanners et d'IRM de façon substantielle. Cette action a été complétée en 2020 par l'ouverture d'une clause de besoins exceptionnels puis en 2022 par une révision des OQOS permettant de poursuivre l'augmentation du parc d'appareils d'imagerie en coupe. Cela a permis à la Bretagne de disposer d'un taux d'équipement comparable à la moyenne nationale.

En terme de démographie médicale, la démographie des radiologues libéraux comme hospitaliers, reste très contrainte.
La création du GCS TreBREIZH en 2022 permet d'assurer un service de téléradiologie pour ses adhérents. Il convient de poursuivre le déploiement régional de cette offre.

Dans la perspective de l'augmentation de l'offre, les effectifs de manipulateurs en électroradiologie médicale seront appelés à suivre les taux d'équipement. Cette évolution implique de porter l'effort vers la formation des manipulateurs.
Une évolution à la hausse des capacités de formation s'avère nécessaire pour accompagner l'évolution du taux d'équipement, en partenariat avec le Conseil régional.

Dans un contexte de raréfaction du temps médical, l'amélioration de la pertinence des prescriptions et des actes est un objectif à atteindre avec le concours de la profession. Il s'agira de sensibiliser les médecins adresseurs et les radiologues sur leurs rôles respectifs.
Si le parc des équipements d'imagerie en coupe a bien progressé, permettant une amélioration de l'accès, les délais d'obtention de mammographie sont préoccupants. Il existe un enjeu à travailler sur l'attractivité de l'activité d'imagerie de la femme pour les internes de radiologie.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Réduire les délais d'attente pour un rendez-vous et l'amélioration de l'accès en proximité, en poursuivant l'évolution du parc d'équipement d'imagerie en coupe ;
- Améliorer l'accès à la mammographie ;
- Améliorer l'attractivité médicale des secteurs de la région en difficulté (Côtes d'Armor, Centre Bretagne) ;
- Adapter les niveaux de formations de professionnels qualifié aux besoins de l'offre de soins ;
- Poursuivre le déploiement de la structure de coopération régionale en téléimagerie.

Radiologie diagnostique et interventionnelle *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Poursuivre le déploiement d'équipement en proximité afin de renforcer l'accès tout en prenant en compte les difficultés démographiques ; dans cette optique et en tant que de besoin, l'ensemble des porteurs d'autorisations de radiologie diagnostique pourront être sollicités pour intervenir dans la permanence des soins ;
- Poursuivre le déploiement régional de l'activité du téléradiologie par le GCS Tre-Breizh ;
- Engager une réflexion sur la formation des internes en radiologie afin d'améliorer l'attractivité de l'activité d'imagerie de la femme ;
- Identifier les leviers d'attractivité médical pour renforcer les effectifs de radiologues dans les secteurs sous dotés ;
- Renforcer les capacités de formation des MERM.

Les publics ciblés

- Personnes/ patient ayant besoin d'accès aux actes d'imageries médical
- Professionnels de santé prescripteurs

Les partenaires à mobiliser

- Etablissements et structures autorisées pour de l'imagerie en coupes
- Conseil régional
- Facultés de médecine

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☐ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Délais d'accès d'obtention d'un rendez-vous de mammographie		
Nombre de Manipulateur en électroradiologie médicale formés en région Bretagne		
Délais d'accès aux examens d'imagerie en coupe		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Les décrets et arrêté du 16 septembre 2022 ont réformé les autorisations d'équipements matériels lourds jusque-là délivrées appareil par appareil.

Cette réforme distingue :

- La **radiologie diagnostique** pour laquelle un titulaire d'autorisation pourra librement se doter sur un site d'un à trois équipements (scanner et IRM)
- La **radiologie interventionnelle**. Pour cette dernière la liste nationale des actes est toujours en cours de stabilisation. Elle fera l'objet d'une intégration à l'occasion d'une révision du PRS 3.

Dans un contexte où :

- En Bretagne aujourd'hui près de 20 % du parc des équipements d'imagerie en coupes est en attente d'installation
- De tensions au niveau des ressources humaines (radiologues et MERM)
- La réforme de la radiologie va desserrer le contingentement des équipements (potentialités de développement pour les sites n'atteignant pas 3 appareils)

Des évolutions à la marge sont proposées au niveau des OQOS.

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE																				
EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
N/A (plateau imagerie scanner et/ou IRM)	14*	+1	**15**	7	+1	**8**	7	-	**7**	14	+4	**18**	6	-	**6**	7*	+1	**8**	1	-	**1**

* hors IRM mobile

Modalités de l'activité de soins		RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE																				
		Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
		Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
A	Actes de radiologie interventionnelle vasculaires endo-veineux pour voies d'abord, les infiltrations profondes, les ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens.	NC			NC			NC			NC			NC			NC			NC		
B	En sus des actes des mentions « A », les actes de radiologie interventionnelle par voie endovasculaire endo-veineux profonds et endo-artériels et les actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée. L'autorisation précise si le titulaire pratique les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique.	NC			NC			NC			NC			NC			NC			NC		
C	En sus des actes des mentions « A », « B », les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer ou de ses conséquences par voie percutanée et les actes thérapeutiques du cancer par voie endo-artérielle.	NC			NC			NC			NC			NC			NC			NC		
D	les actes des mentions « A », « B » et « C », ainsi que les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques relatifs à la prise en charge, dans le cadre de l'orientation initiale effectuée par le SAMU, de l'hémostase des pathologies vasculaires hors circulation.	NC			NC			NC			NC			NC			NC			NC		

Soins médicaux et de réadaptation *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les soins médicaux et de réadaptation (SMR) permettent aux patients atteints d'un handicap ou pathologie nécessitant une prise en charge pour de la rééducation, réadaptation et/ou de la réinsertion (professionnelle et/ou sociale) de bénéficier de soins qui peuvent être réalisés soit en structure soit à domicile (en lien avec l'HAD).

Compte tenu des enjeux populationnels (santé publique, vieillissement de la population, démographie médicale...), de nouveaux modes de prise en charge doivent émerger pour offrir une équité dans la prise en charge pour des soins de proximité (plateaux techniques mobiles par exemple).

En effet, les données épidémiologiques montrent une accélération du vieillissement de la population bretonne : 11.5% de la population a aujourd'hui plus de 75 ans ; en 2030, elle sera de 13.5% et en 2050 de 16.5%.

Par ailleurs les données de démographie médicale nous invitent à préserver les ressources actuelles et développer l'attractivité pour les professionnels. Pour cela, l'accès aux soins d'expertise doit être coordonné sur les territoires de santé pour que la rareté de la ressource ne soit pas un handicap à la prise en charge des patients mais un objectif d'efficience de la structuration de l'offre. Ainsi le développement de l'offre de SMR se tourne vers une démarche d'harmonisation et d'adaptation de l'offre de soins aux spécificités des territoires bretons à tous les âges et dans toutes les étapes de vie des usagers. Pour ce faire elle doit s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration des parcours de soins et de vie des usagers.

Dans certains territoires de santé, un défaut d'offre de soins spécialisés apparait, il convient donc d'envisager les moyens de mieux identifier les besoins de la population dans les territoires concernés afin de donner des repères aux professionnels pour enrichir les orientations et les prises en charge.

Longtemps considéré comme l'aval du MCO, le SMR doit demain prendre toute sa place comme modalité de prise en charge à part entière. Il pourra contribuer à la fluidification du MCO en évitant des aggravations, en intervenant plus précocement y compris à partir du domicile et en développant des techniques innovantes.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Garantir un égal accès aux SMR sur les territoires de santé ;
- Permettre une prise en charge précoce de la rééducation, réadaptation y compris à partir du domicile par notamment l'amélioration des taux d'occupation et la réduction des délais d'attente ;
- Rendre l'activité attractive pour les professionnels en organisant les prises en charge en adéquation avec les ressources ;
- Innover dans la prise en charge ;
- Décloisonner et améliorer la coordination des parcours de soins entre la MCO, l'HAD, le médico-social, la ville et la santé mentale ;
- Poursuivre le développement de coopérations entre opérateurs de santé en intégrant les CPTS, les GHT, ou autres structurations (exemple : réseaux, fédérations, etc.) dans le parcours de soins de réadaptation et de réinsertion des usagers.

Soins médicaux et de réadaptation *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Déployer pleinement l'offre de SMR polyvalent sur l'ensemble des territoires ;
- Graduer l'offre de soins en SMR système nerveux conformément aux besoins identifiés notamment pour les patients Cérébro-lésés en développant une offre adaptée pour les patients dont la charge en soins et la complexité médicale rendent difficile le retour à domicile ou l'orientation vers le secteur médico-social ;
- Développer une offre de SMR post réanimation (neurologique et respiratoire) ;
- Organiser une offre de SMR gériatrique répondant aux besoins du vieillissement de la population bretonne (notamment la prise en charge des troubles cognitivo-comportementaux) ;
- Structurer l'offre de SMR système digestif de façon à répondre au double enjeu de santé publique (troubles du comportement alimentaire et obésité) en lien notamment avec la santé mentale ;
- Identifier au sein de chaque territoire de santé, les établissements de santé qui prennent actuellement en charge des patients atteints de cancer et qui inscriront une offre de SMR en oncologie en lien avec le référentiel régional pour permettre de compléter la filière de prise en charge du cancer ;
- Structurer l'offre de SMR pédiatrique pour concilier la contrainte de la rareté de la ressource avec la qualité de réseaux experts et de proximité de qualité et développer les coopérations avec la médecine pédiatrique ;
- Proposer des techniques et organisations innovantes pour répondre au besoin et tenir compte de l'attractivité des professionnels (Développer les EMRR, la télé consultation, télé réadaptation et rééducation) ;
- Promouvoir une offre pour la prise en charge des conduites addictives dans chaque département.

Les publics ciblés

- Enfant et/ou adulte atteints d'une pathologie ou d'un handicap nécessitant une prise en charge de rééducation, réadaptation et réinsertion (professionnelle/sociale)
- Parents/Aidants d'un patient nécessitant des soins de rééducation, réadaptation et réinsertion

Les partenaires à mobiliser

- Les Structures médico-sociales
- Les Dispositifs d'accompagnement et de coordination
- L'Education nationale (pour les enfants)
- L'HAD
- Le MCO dont les Hôpitaux de proximité
- Le dispositif COMETE (réinsertion professionnelle)
- Les professionnels libéraux

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☒ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale ; ◉ Renforcer la structuration de la filière de prise en charge des addictions ; ◉ Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer ; ◉ Consolider la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cardio-neuro-vasculaire ; ◉ Agir en faveur d'une santé adaptée aux besoins des enfants et des jeunes ; ◉ Renforcer les coopérations territoriales de l'offre au service des personnes âgées ; ◉ Améliorer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap ; ◉ Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ; ◉ Conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ; ◉ Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers dans le cadre de la transformation de l'offre et de l'innovation organisationnelle.	

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de patients bénéficiant d'une prise en charge en SMR en fonction des mentions		
Taux d'occupation en SMR		
Evolution du nombre de séjour en SMR		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins :

La réforme de l'activité de SMR issue des décrets du 11 janvier 2022 a peu modifié le découpage des activités antérieurement connu.

Ont été nouvellement identifiés :

- Une modalité pédiatrie à part entière comprenant un découpage par tranche d'âges des « 4 ans et + » et un autre des « 0 à 18 ans »
- Une modalité cancer divisée en oncologie et oncologie/hématologie (permettant pour cette dernière la réalisation de chimiothérapies).

Mentions		SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION																			
		Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute Bretagne			Territoire Saint Malo - Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
		Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Polyvalent		16	-1** +2	**17**	6	-	**6**	8	-	**8**	15	-	**15**	7	-	**7**	6	-	**6**	4	-	**4**
Gériatrie		9	+2	**11**	4	+1	**5**	**4**	-	**4**	7	+1	**8**	4	+2	**6**	5	-	**5**	1	+2	**3**
Locomoteur		6	+1	**7**	1	-	**1**	3	-	**3**	8	-	**8**	2	-	**2**	3	-	**3**	1	-	**1**
Système nerveux		4	+1	**5**	1	-	**1**	3	-	**3**	6	-	**6**	1	-	**1**	3	-	**3**	1	-	**1**
Cardio-vasculaire		3	+1	**4**	1	+1	**2**	1	-	**1**	1	-	**1**	1	-	**1**	1	+1	**2**	0	+1	**1**
Pneumologie		4	+1	**5**	2	-	**2**	1	-	**1**	1	-	**1**	0	+1	**1**	1	+1	**2**	1	-	**1**
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition		2	+1	**3**	0	+1	**1**	1	-	**1**	1	-	**1**	0	+1	**1**	1	-	**1**	0	+1	**1**
Brûlés		0	-	**0**	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**
Conduites addictives		2	-	**2**	2	-1*	**1**	0	+1	**1**	3	-	**3**	0	+1	**1**	1	-	**1**	0	+1	**1**
Pédiatrie	Enfants et adolescents (4 ans et +)	4	-	**1**	1	-	**0**	1	-	**0**	3	-	**0**	0	-	**0**	2	-	**0**	0	-	**0**
	Jeunes enfants et adolescents (0 à 18 ans)		-	**3**		-	**1**		-	**1**		-	**3**		+1	**1**		-	**2**		-	**0**
Cancer	Oncologie	NC	+7	**7**	NC	+2	**2**	NC	+2	**2**	NC	+4	**4**	NC	+2	**2**	NC	+1	**1**	NC	-	**0**
	Oncologie et hématologie	2	-1	**1**	0	+1	**1**	0	-	**0**	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**

**projet UGECAM PRC Concarneau
*regroupement des SSR addicto

Soins critiques *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les soins critiques constituent un maillon essentiel de notre système de santé. Le fort impact de la crise Covid, qui a mobilisé en première ligne ses équipes a donné une nouvelle dimension à ces services. Au regard de l'expérience nationale, de nouveaux décrets d'activité ont été publiés et une feuille de route ministérielle a mis en avant les axes suivants :

- **Bâtir une véritable filière de soins critiques**, en renouvelant le cadre de fonctionnement des activités de soins, en renforçant les actions transversales de qualité et de sécurité des soins et en réformant le modèle de financement ;
- **Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins**, sur la base des lignes directrices de la mission IGAS (fluidifier les parcours avec le développement de structures d'aval et l'ouverture des lits installés fermés) et de l'instruction du 6 avril 2023 ;
- **Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales** ;
- **Compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins critiques sous l'égide des ARS**, en constituant de véritables filières territoriales ;
- **Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.**

La feuille de route bretonne s'inspire largement de ces enjeux et vise à créer une filière de soins critiques structurée, à la capacité renforcée, dotée des compétences nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des soins critiques.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Conforter et ajuster le capacitaire aux besoins de la population, en portant une attention particulière à l'évaluation fine du niveau réel de tension des lits ;
- Créer un réseau de soins critiques ;
- Construire une filière de soins critiques territoriale en définissant la place de chaque acteur ;
- Conforter les ressources paramédicales aux besoins des professionnels (entrée dans un service de soins critiques et SSE) ;
- Renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Soins critiques *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Evaluation continue du niveau de tension réel des lits sur la base du registre des refus, le suivi des taux d'occupations … ;
- Construire et mobiliser le dispositif spécifique régional ;
- Mobiliser les formations paramédicales (à l'arrivée en soins critiques et dans la préparation d'une SSE) ;
- Mobiliser les acteurs dans la construction de la filière soins critiques ;
- Communication sur les enjeux des EIGS et les différents registres.

Les publics ciblés

- Patients présentant un besoin de soins critiques

Les partenaires à mobiliser

- Etablissements de santé autorisés à l'activité de soins critiques
- Professionnels de santé des soins critiques
- IFSI
- CESU
- Service d'aval des soins critiques (notamment SMR et SRPR)
- Service d'amont (SAS et Services d'urgence)

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☒ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectifs 3 : favoriser le recrutement et l'attractivité de métiers de la santé ◉ Objectif II.T.L : Soins médicaux et réadaptation	◉ Feuille de route ministérielle : Renforcer notre filière de soins critiques 2022-2025 ◉ Décret N°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques ◉ Décret N°2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques ◉ INSTRUCTION N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

La mission IGAS et l'instruction N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques apportent un éclairage sur le capacitaire de réanimation.

La mission IGAS estime la nécessité de faire évoluer le capacitaire par 2 leviers :

- Levier 1 : fluidifier les parcours avec le développement de structures d'aval adaptées à la prise en charge des patients, notamment avec l'intervention anticipée d'équipes mobiles de rééducation dans les unités de réanimation et le renforcement des soins de rééducation post-réanimation (SRPR) ;
- Levier 2 : privilégier l'ouverture des lits installés fermés

Elle estime qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter le nombre d'implantations de réanimation tout en recommandant de porter une attention à la situation des régions avec un faible capacitaire (dont la Bretagne fait partie) pour des ajustements au plus près des besoins.

Pour autant, l'ARS Bretagne souhaite un développement des capacités pour répondre au besoin populationnel (profil de patient à valence médicale, plutôt en phase épidémique à l'écriture de ce document)

Concernant les Unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires (USIP), les acteurs du Groupe technique régional se sont accordés sur une définition du besoin basée sur la typologie des Unités de surveillance continue (USC) existantes, le profil des patients accueillis dans ces unités actuellement, la filière dont ces patients relèvent et l'organisation du territoire en 2024.

Sur les critères à considérer pour qualifier les USC éligibles au statut d'USIP dérogatoire, un consensus a permis de retenir les critères réglementaires suivants :

- intégration de l'unité dans une filière de soins critiques (unités travaillant en amont et en aval des réanimations, prises en charge des patients 24h sur 24 et 7 jours sur 7),

- profil médical et chirurgical des patients pris en charge,

- accessibilité du plateau technique (biologique et radiologique et chirurgical) 24h sur 24,

- agilité de l'établissement en cas de Situation sanitaire exceptionnelle (SSE)

- prise en compte de la chirurgie oncologique digestive complexe et de la chirurgie digestive urgente.

La reconnaissance d'USI de spécialité (hors OQOS) est conditionnée par la nature des activités des établissements et peut être envisagée sur des sites de recours avec un fort volume d'activité, un niveau de spécialité élevé et une participation active à la filière de soins critiques

Enfin, concernant les USIC, les USINV et USIH, il convient de stabiliser l'offre existante.

Modalités de l'activité de soins		SOINS CRITIQUES																				
		Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
		Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	3	0	**3**	1	-	**1**	1	-	**1**	1	-	**1**	1	-	**1**	1	-	**1**	0	-	**0**
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0	+2	**2**	0	-	**0**	0	+1	**1**	0	+4	**4**	0	-	**0**	0	+2	**2**	0	+1	**1**
	Soins intensifs de cardiologie	-	+4	**4**	-	+1	**1**	-	+1	**1**	-	+2	**2**	-	+1	**1**	-	+1	**1**	-	-	**0**
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	-	+2	**2**	-	+1	**1**	-	+1	**1**	-	+1	**1**	-	+1	**1**	-	+1	**1**	-	+1	**1**
	Soins intensifs d'hématologie	-	+1	**1**	-	-	**0**	-	-	**0**	-	+1	**1**	-	0	**0**	-	-		-	0	**0**
Pédiatrie	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	-	-	**0**	-	-	**0**	-	-	**0**	-	-	**0**	-	-	**0**	-	-	**0**	-	-	**0**
	Réanimation et soins pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	-	**0**	0	+1	**1**	0	+1	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	+1	**1**	0	-	**0**
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	-	-	**0**	-	-	**0**	-	-	**0**	-	+1	**1**	-	-	**0**	-	-	**0**	-	-	**0**

Soins de longue durée

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les unités de soins de longue durée (USLD) selon la circulaire N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les USLD) accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie à risque de décompenser et justifiant donc d'une surveillance rapprochée médico- soignante, sans limite d'âge des personnes accueillies notamment.

Il est important de mettre en adéquation le profil des personnes accueillis à ces missions.

Par ailleurs la qualité de la prise en charge en USLD et le service rendu à la population et aux territoires dans ce cadre contraint de mission ré-exprimée des USLD, en particulier au regard de la présence d'un défi à relever en lien avec la grande dépendance, a conduit, au niveau national, à mener une réflexion sur l'avenir des USLD au travers de plusieurs éléments :

1) Le rapport des Pr Jeandel et Guerin de juillet 2021, qui met en évidence plusieurs profils de patients relevant des USLD (non totalement accueillis actuellement),

2) La publication de la feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 du Pr Jeandel et de M. M. Bourquin publiée en mars 2022 dans la continuité du précédent rapport,

3) La mission de l'IGAS sur le devenir des USLD de fin 2022 dont le rapport était attendu à la fin du premier trimestre 2023.

Il est donc fortement attendu de ces différents éléments un cadre d'évolution ne permettant pas d'avoir une proposition d'objectifs opérationnels et en particulier sur ce qui concerne les OQOS pour le PRS 3.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Renforcer la place des USLD dans l'organisation sanitaire ;
- Renforcer la sanitarisation des USLD ;
- Optimiser le parcours entre la MC(O) et les USLD.

Soins de longue durée

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

En attente des orientations nationales en particulier au sujet des USPC (Unités de Soins Prolongées Complexes).

Les publics ciblés

Les partenaires à mobiliser

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Dans l'attente de la réforme des activités de soins de longue durée, il est proposé de stabiliser l'offre existante :

Modalités de l'activité de soins		SOINS LONGUE DUREE																				
		Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
		Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
N/A	N/A	10	-1 *	**9**	5	-	**5**	5	-	**5**	7	-	**7**	3	-	**3**	4	-	**4**	2	-	**2**

* regroupement capacitaire des deux USLD du CH de Morlaix

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La maladie rénale chronique est une maladie fréquente et grave. On estime que 7 à 10 % de la population française présenterait une atteinte rénale. Le dépistage de la MRC reste insuffisant, la découverte se faisant parfois aux stades évolués de la maladie, ce qui nécessite de mettre en place une stratégie précoce des dépistages.

Selon l'HAS, le risque d'évolution vers le stade de suppléance nécessitant la dialyse ou une transplantation rénale est faible dans l'absolu, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) étant de l'ordre de 1 pour 1 000, mais l'existence d'une maladie rénale chronique augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et de mortalité cardiovasculaire. Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière, d'environ 4 % chaque année. L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux des IRCT.

Concernant la dialyse, en dépit d'une discrète diminution observée, le démarrage en urgence de la dialyse reste fréquent (30 %), associé à l'absence de suivi néphrologique préalable et à une première dialyse sur cathéter

Concernant l'accès à la liste nationale d'attente de transplantation, celui-ci reste encore difficile pour certains malades (sujets âgés, diabétiques, disparité selon le lieu de résidence) et tardif pour ceux qui y accèdent. La greffe étant considérés par les patients comme offrant la meilleure qualité de vie.

Le Covid pour lequel les patients dialysés et greffés, immunodéprimés sont particulièrement vulnérables, doit nous amener à tirer toutes les leçons afin de protéger les personnes des risques infectieux actuels ou émergents.

En Bretagne, au regard de la prévalence de l'IRC terminale et du nombre de patients dialysés (plus défavorable dans le Finistère) qui doit conduire à privilégier les alternatives à la dialyse en centre.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Renforcer le maillage territorial par la création d'unités de dialyse médicalisée (UDM) supplémentaires, dans les zones ou le temps d'accès à une UDM et ou les taux de recours à la dialyse sont les plus élevées ;
- Favoriser la création d'unités mixtes (UDM et UAA) ;
- Promouvoir les modalités de dialyse hors centre ;
- Promouvoir le recours à la télédialyse pour les unités géographiquement isolées ;
- Dépister précocement pour retarder l'entrée dans la maladie rénale ou son évolution dans des stades plus avancés.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Développer l'offre d'accès par territoire au plus près des besoins de la population, et dans le cadre d'un maillage territorial ;
- Promouvoir une réflexion sur les transports en lien avec l'Assurance Maladie ;
- Promouvoir les dépistages, et le suivi précoce.

Les publics ciblés

- Usagers
- Professionnels de santé
- Etablissements

Les partenaires à mobiliser

- Association de patients
- Assurance Maladie
- Agence de Biomédecine

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☒ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☐ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Part de la dialyse hors centre		Augmentation
Part de patient en dialyse autonome		Augmentation
Nombre de patients en attente de transplantation		Diminution

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalités de l'activité de soins	TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR EPURATION EXTRA-RENALE																				
	Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nbre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Hémodialyse en centre	8	-	**8**	2	-	**2**	2	-	**2**	4	-	**4**	2	-	**2**	2	-	**2**	1	-	**1**
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	7	+4	**11**	2	-	**2**	2	+2	**4**	3	+2	**5**	2	-	**2**	4	-	**4**	2	-	**2**
Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple ou assistée	12	+1	**13**	2	+1	**3**	5	-	**5**	5	-	**5**	3	+1	**4**	5	-	**5**	2	-	**2**
Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	2	-	**2**	1	-	**1**	2	-	**2**	2	-	**2**	1	-	**1**	3	-	**3**	1	-	**1**

Traitement du cancer *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Les objectifs prioritaires de la **Stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030** visent à renforcer la visibilité et la qualité des soins en cancérologie, en particulier pour les cancers de mauvais pronostic, à tenir compte des enjeux liés à la réduction des séquelles et à l'amélioration de la qualité de vie pour les patients pendant le traitement et après le traitement.

Pour accompagner cette ambition, une réforme des autorisations de l'activité de traitement du cancer a été menée en 2022 avec la publication de décrets fixant les obligations réglementaires structurantes de la régulation de l'offre. Ils permettent d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins en cancérologie, dans un objectif de renforcement de la pertinence des parcours de soins des patients atteints d'un cancer.

Ils recentrent le périmètre de l'activité de soins sur trois modalités :

- Chirurgie oncologique ;
- Radiothérapie externe, curiethérapie ;
- Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC).

La réforme a également pour objectif **l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge**, une meilleure adaptation à **l'innovation en santé** et une plus grande **territorialisation de l'organisation des soins** (développement du « faire ensemble » notamment).
Le patient est au cœur de la réforme avec un double enjeu de lutte contre la perte de chance que représente une prise en charge d'exérèse chirurgicale non adaptée et de territorialité, pour que chaque patient puisse avoir accès à une équipe experte.

Cette réforme permet l'émergence d'une **logique globale de gradation** de l'offre de soins reposant sur des fondements techniques médicaux tout en s'appuyant, dès que cela est justifié scientifiquement, sur des **seuils d'activité minimale** dans un contexte de renforcement de la qualité et de la pertinence des soins.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Garantir la qualité de l'offre de soins en Bretagne pour le traitement du cancer en alliant l'accès à une offre experte et à une offre de proximité, en vue d'éviter les renoncements aux soins, les délais excessifs d'accès aux soins et de garantir une meilleure qualité de vie

Traitement du cancer *(mise à jour du 17.01.2025)*

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Planifier des autorisations avec mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de traitement du cancer : gradation des soins ;
- Déployer les traitements à domicile, notamment la chimiothérapie ;
- Structuration des parcours de soins et amélioration de l'accessibilité en proximité.

Les publics ciblés

- Patients atteints de pathologie cancéreuse

Les partenaires à mobiliser

- Etablissements de santé
- HAD

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation
☒ Financement
☒ Investissements
☒ Contractualisation
☒ Innovation
☐ Numérique en santé
☐ Formation
☒ Evaluation
☐ Inspection/contrôle
☐ Animation territoriale
☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Partenariat institutionnel
☐ Mobilisation de la démocratie en santé
☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Feuille de route régionale 2021-2025 de la stratégie décennale de lutte contre le cancer ◉ Objectif 5.3 : Agir sur les parcours des personnes atteintes de cancer ◉ Objectif II.T.F : HAD	◉ Stratégie décennale de lutte contre le cancer

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre de journées d'HAD de Chimiothérapie anticancéreuse		

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins

Les décrets et arrêté du 26 avril 2022 qui ont réformé les activités de traitement du cancer ont introduit :

Une gradation de l'offre de chirurgie des cancers avec l'instauration d'une mention B (chirurgie de recours, chirurgie multiviscérale ou multidisicplinaire ou de la récidive ou chirurgie en zone irradiée) ainsi que pour les traitements médicamenteux systématiques du cancer (dont la chimiothérapie)

Des seuils rénovés ou de nouveaux seuils minimaux d'activité.

Modalités de l'activité de soins			TRAITEMENT DU CANCER																				
			Territoire			Territoire			Territoire			Territoire Haute-Bretagne			Territoire			Territoire			Territoire		
			Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Traitement médicamenteux spécifiques du cancer	A	TMSC chez l'adulte	5	+1	**5**	1	-	**1**	2	-	**2**	5	-	**4**	2	-	**2**	3	-	**3**	1	-	**1**
	B	TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours			**1**		-	**0**		-	**0**		-	**1**		-	**0**		-	**0**		-	**0**
	C	TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	1	-	**1**	0	-	**0**	0	-	**0**	0	-	**0**

Modalités de l'activité de soins			TRAITEMENT DU CANCER																				
			Territoire Finistère - Pen Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
			Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Radiothérapie externe, curiethérapie	A	Radiothérapie externe chez l'adulte	3	-	**3**	1	-	**1**	2	-	**2**	1	+1	**2**	1	+1	**2**	1	-	**1**	0	-	**0**
	B	Curiethérapie chez l'adulte	1	-	**1**	0	-	**0**	1	-	**1**	2		2	0	+ 1	**1**	1	-	**1**	0	-	**0**
	C	Traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte et l'enfant/adolescent de moins de dix-huit ans	NC	-	**0**	NC	-	**0**	NC	-	**0**	1	-	**1**	NC	-	**0**	NC	-	**0**	NC	-	**0**

Modalités de l'activité de soins			TRAITEMENT DU CANCER																				
			Territoire Finistère - Penn Ar Bed			Territoire Lorient Quimperlé			Territoire Brocéliande - Atlantique			Territoire Haute-Bretagne			Territoire St-Malo Dinan			Territoire d'Armor			Territoire Cœur de Breizh		
			Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Recompositions	Schéma cible PRS
Chirurgie oncologique	A1	Chirurgie oncologique viscérale et digestive	7	-1	**1**	3	-1	**0**	3	-1	**0**	6	-1	**1**	3	-	**1**	4	-1	**1**	2	-	**1**
	B1	Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe			**5**			**2**			**2**			**4**		-	**2**			**2**		-	**1**
	A2	Chirurgie oncologique thoracique	3	-	**2**	1	-	**1**	1	-	**1**	3	+1 transitoirement***	**3***	0	-	**0**	1	-	**0**	0	-	**0**
	B2	Chirurgie oncologique thoracique complexe		-	**1**		-	**0**		-	**0**		-	**1**		-	**0**		-	**1**		-	**0**
	A3	Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	6	-2	**1**	2	-	**1**	2	-	**1**	4	-	**1**	2	+1	**2**	3	-	**1**	1	-	**1**
	B3	Chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde complexe			**3**		-	**1**		-	**1**		-	**3**		-	**1**			**2**		-	**0**
	A4	Chirurgie oncologique urologique	5	-	**1**	1	-	**0**	2	-	**0**	3	+ 1 transitoirement ***	**2***	2	-	**1**	2	-	**1**	1	-	**1**
	B4	Chirurgie oncologique urologique complexe		-	**4**		-	**1**		-	**2**		-	**2**		-	**1**		-	**1**		-	**0**
	A5	Chirurgie oncologique gynécologique	5	+1	**3 puis 2***	1	-	**0**	2	-	**0**	3	-	**0**	1	-	**0**	3	-1	**0**	0	-	**0**
	B5	Chirurgie oncologique gynécologique complexe			**3**		-	**1**		-	**2**		-	**3**		-	**1**			**2**		-	**0**
	A6	Chirurgie oncologique mammaire	6	-1*	**6 à 5**	2	-1	**1**	2	-	**2**	3	-	**3**	2	-	**2**	4	-1	**3**	1	-	**1**
	A7	Chirurgie oncologique indifférenciée	9	-1*	**9 à 8***	3	-	**3**	3	-	**3**	9	-	**9**	3	-	**3**	5	-	**5**	2	-	**2**
	C	Chirurgie oncolgogique chez l'enfant et les adolescents de moins de 18 ans	NC	+ 1	**1**	NC		**0**	NC		**0**	NC	1	**1**	NC		**0**	NC		**0**	NC		**0**

Biologie médicale

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Pour garantir un égal accès à la population aux examens de biologie médicale :

Comme le précise l'article L 6211-2 du code de la santé publique « *il appartient à l'ARS de veiller à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie médicale afin de maintenir un accès aisé de la population à l'offre de biologie* […] ». A ce jour, 99,4 % de la population bretonne est située à moins de 30 minutes d'un laboratoire de biologie médicale, soit 19 024 habitants au recensement de la population de 2019.

Tout patient doit pouvoir bénéficier d'un accès aux examens de biologie médicale que ce soit dans un laboratoire de biologie médicale ou via d'autres coopérations sur le territoire (les cabinets d'infirmiers, par exemple).

Pour anticiper les difficultés de recrutement du métier de biologiste et compenser progressivement les départs en retraite des biologistes actuels et à venir au regard de l'évolution démographique :

Aujourd'hui, la Bretagne recense 400 biologistes médicaux. Parmi eux, 131 sont âgés de 55 ans ou plus soit 33 %. Cette proportion varie selon les profils (40 % parmi les biologistes médicaux ayant un cursus médecine et 28 % parmi ceux ayant le cursus pharmacie). En parallèle, les postes d'internat ouverts au concours de médecine ne sont pas tous pourvus, à l'inverse du concours pharmacie avec un taux de remplissage à 100 %. A travers ce constat, il est nécessaire d'enclencher un plan d'attractivité du métier de biologistes et de renforcer son rôle dans le parcours de santé.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

Adapter l'offre aux besoins

- Adapter l'offre de biologie à l'évolution des besoins et garantir un rééquilibrage territorial ;
- Permettre aux patients de disposer d'une offre de biologie accessible et de qualité à tout moment, quel que soit leur territoire de vie ;
- Avoir une meilleure visibilité sur l'offre afin de mieux connaître les zones fragiles et de mettre en place des solutions alternatives au plus près des territoires.

Soutenir la coopération et l'organisation de l'activité entre acteurs

- Renforcer la qualité de l'offre par la coopération de tous les secteurs, les professionnels de santé et les structures d'exercice coordonné ;
- Impliquer davantage les biologistes dans l'organisation territoriale des soins ;
- Maintenir une biologie de proximité et d'urgence via la gestion des soins non programmés.

Promouvoir la formation et l'attractivité du métier

- Mieux faire connaître le métier de biologiste en mettant en avant l'apport du biologiste dans le parcours de soins et la prise en charge du patient.

Biologie médicale

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Objectiver et actualiser tous les 3 ans les besoins de la population (cf. annexe ci-dessous) ;
- Garantir l'accessibilité géographique aux examens de biologie médicale et les délais de transport des prélèvements ;
- Homogénéiser la répartition de l'activité biologique médicale et réguler son implantation ;
- Explorer les opportunités de mise en œuvre des examens de biologie délocalisée dans les zones où les besoins sont identifiés ;
- Faciliter et soutenir le développement des coopérations entre les laboratoires de biologie médicale privés et publics, et les établissements et services médico-sociaux ;
- Réaliser un état des lieux sur l'organisation actuelle de la permanence des soins et l'évaluer pour garantir la qualité et la continuité des soins, notamment dans les zones plus rurales ;
- Renforcer les liens avec les acteurs de soins de proximité du 1er et du 2nd recours et les acteurs de santé ;
- Développer et améliorer la culture de la pertinence de la prescription des examens biologiques ;
- Anticiper les besoins en biologistes sur le territoire breton ;
- Renforcer les actions de sensibilisation, de communication et d'information sur le métier de biologiste via les Facultés et les établissements scolaires (collèges, lycées) ;
- Déployer les lieux de stage en LBM privés.

Les publics ciblés

- Les laboratoires de biologie médicale publics et privés
- Les professionnels de santé de 1er et 2nd recours
- Les établissements hospitaliers
- Les établissements et services médico-sociaux
- Les structures d'exercice coordonné
- Les usagers
- Les étudiants
- Les collégiens et lycéens
- Le CRCDC

Les partenaires à mobiliser

- Les Facultés
- Les établissements scolaires
- L'URPS Biologistes
- L'URPS Médecins
- Section G - Conseil de l'Ordre des pharmaciens
- Fédérations hospitalières
- URIOPSS

Les leviers et modalités de mise en œuvre

- ☒ Réglementation
- ☒ Financement
- ☐ Investissements
- ☒ Contractualisation
- ☒ Innovation
- ☒ Numérique en santé
- ☒ Formation
- ☒ Evaluation
- ☐ Inspection/contrôle
- ☒ Animation territoriale
- ☐ Surveillance et observation de la santé
- ☒ Démarche d'amélioration continue de la qualité
- ☒ Partenariat institutionnel
- ☐ Mobilisation de la démocratie en santé
- ☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
- ☐ Autre

Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé régionale	Les liens avec les autres objectifs de la politique de santé nationale
◉ Objectif 3.1 : Adapter les capacités de formation aux besoins de santé de la population ◉ Objectif 4.1 : Consolider la réponse aux besoins de soins urgents et non programmés ◉ Objectifs 6 : Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires ◉ Objectif 8.3 : Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours, ◉ Objectif 8.5 : Accompagner la transformation organisationnelle et numérique du système de santé ◉ Objectif II.R.D : Examen caractéristiques génétiques ◉ Objectif II.T.A : Activités cliniques et biologiques d'aide médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	◉ Feuille de route du numérique en santé 2023/2028 ◉ Conseil National de la refondation Santé ◉ Mesures Ségur de la santé ◉ Stratégie Nationale de la Santé

Les indicateurs cibles

Ces indicateurs sont susceptibles d'évoluer en cours de PRS en fonction des cibles définies dans la stratégie nationale de santé, des plans nationaux et des révisions régionales

INDICATEUR	VALEUR ACTUELLE	VALEUR CIBLE
Nombre d'actions d'information ou de communication réalisées à destination des étudiants et internes sur le métier de biologiste	0	6 interventions par an
Nombre de laboratoires de biologie médicale implantés dans les zones qualifiées de fragiles	3 LBM sur 10 Bassins de vie fragiles en 2021	7
Pourcentage de places pourvues en biologie dans les cursus pharmacie et médecine	100% cursus pharmacie et 60% cursus médecine en 2022	100%

Annexe relative à la biologie médicale

I – Contexte régional

Dans le cadre du schéma régional de santé 2018-2022, une concertation a été organisée au printemps 2017 avec les représentants de la profession, biologistes privés et publics, URPS, Ordre des pharmaciens biologistes, pour déterminer le zonage biologie. Quatre zones territoriales ont ainsi été retenues (Est, Sud, Ouest, Centre Bretagne - Côtes-d'Armor), regroupant deux à deux les anciens territoires de santé, actuellement GHT. Arrêtées le 6 octobre 2017[5], le zonage est entré en vigueur le 1er janvier 2018.

Les objectifs poursuivis dans le cadre de ce zonage étaient les suivants :

Maintenir le maillage territorial pour l'activité pré et post-analytique ;

Garantir des délais de transport des prélèvements (entre le lieu de prélèvement et le laboratoire d'analyses) compatibles avec les conditions de qualité et de sécurité ;

Réduire le risque de position monopolistique ;

Respecter les équilibres actuels.

Un des enjeux du zonage est de **permettre une adéquation entre l'offre de biologie et les besoins de la population.**

Ainsi, l'article L 6222-2 du CSP précise que « *Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9*[6]. »

La possibilité pour le directeur général de l'ARS de s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire ou d'un site de laboratoire demande de déterminer les besoins de la population de chacune des zones infrarégionales.

L'article L 6222-2 précité du code la santé publique ne définissant pas les besoins de la population, les acteurs réunis au sein du groupe régional sur la thématique biologie ont travaillé à la détermination de critères permettant d'identifier si l'offre de biologie telle que répartie correspondait aux besoins de la population.

L'objectif est de pouvoir donner la possibilité d'instaurer le mécanisme de régulation autorisé par le code de santé publique sur les territoires où les besoins sont estimés couverts au profit des territoires sur lesquels l'offre de biologie sera amenée à se densifier et/ou mettre en place des organisations qui permettent d'améliorer l'accès aux actes et analyses de biologie.

[5] Le projet régional de santé 2 | Agence régionale de santé Bretagne (sante.fr)
[6] **Article 1434-9 du CSP** énonce en particulier que « l'ARS délimite les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies » par les textes en vigueur.

II – Définition des besoins de la population

Les informations recueillies lors des campagnes de déclaration d'activité permettent de réaliser une analyse annuelle de l'offre et des besoins de la population en matière de biologie médicale. Leur synthèse constitue un outil privilégié d'observation et d'orientation pour la structuration du maillage territorial de la biologie médicale. A noter que la campagne de télé déclaration pour l'année 2022 s'est achevée le 28 avril 2023. Les données collectées ont été traitées et ont permis d'actualiser l'analyse statistique.

Précisions dans la méthodologie retenue :

- Les besoins sont estimés à partir de la consommation d'actes de biologie par la population. Les actes de biologie sont recueillis sur les déclarations d'activité faites par les laboratoires sur BIO2.
- Les déclarations d'activité ont été prises sur les années 2017, 2018 et 2019 sur les populations standardisées. Pour 2019, les données d'activité n'étant pas renseignées, une évolution de 3 % a été appliquée aux données d'activité de 2018. Ce taux d'évolution est celui constaté et proposé par les représentants de la profession.
- Une moyenne de la consommation a été établie sur ces trois années, déterminant ainsi le besoin moyen annuel par zone, afin de limiter les variations d'une année sur l'autre.
- A ce besoin moyen a été appliqué le seuil de 25 % au-dessus duquel le DG ARS peut s'opposer à la création d'un site.
- Le besoin majoré de 25 % a été comparé aux consommations de soins de 2021 et 2022, celles-ci étant corrigées des actes COVID.

Sur la base de ces calculs, 2 zones ressortent comme suffisamment dotées en offre de biologie et pour lesquelles l'ARS pourrait s'opposer à l'ouverture d'un LBM ou d'un site de LBM. Il s'agit des zones Est et Sud. A contrario, les 2 autres zones (Ouest et Centre Bretagne – Côtes-d'Amor) restent en-dessous du seuil d'intervention.

Nombre d'examens standardisés sur la population régionale par habitant :

Zones	Besoins de la population (SRS)	Seuil d'intervention de l'ARS (besoin SRS +25%)	Nombre d'examens par habitant 2021 (corrigé COVID)	Nombre d'examens par habitant 2022 (corrigé COVID)	Densités sites LBM* 2023	Possibilité mécanisme de régulation
Centre Bretagne – Côtes d'Armor	15,9	19,9	18,9	19,1	4,5	Non
Est	13,7	17,1	20,4	19,5	6,0	Oui
Ouest	18,2	22,7	19,5	19,8	6,4	Non
Sud	13,9	17,3	20,5	23,3	4,3	Oui
Bretagne	**15,3**	**19,3**	**19,9**	**20,4**	**5,5**	

Des critères de fragilité des bassins de vie ont également été proposés aux représentants de la profession pour identifier les besoins prioritaires sur chacune des zones, qu'elle soit ouverte ou potentiellement fermée :

- Critère 1 : Commune ayant un temps d'accès à un laboratoire privé supérieur à 30 minutes => Population concernée : 19 024 habitants au RP 2019 se décomposant comme suit : 10 931 pour la population ilienne (Bréhat, Molène, Ouessant, Batz, Ile aux Moines, Arz, Groix, Houat, Hoëdic, Belle-Ile, Sein) et 8 093 pour les communes continentales (dont 7 084 habitants sur le bassin de vie de ROSTRENEN).
- Critère 2.1 : Bassins de vie dont la densité est inférieure à au moins 50% de la densité régionale ET dont la population totale du bassin de vie est comprise entre 15 000 habitants et 20 000 habitants. 4 bassins de vie : Matignon (35) / Plestin-les-Grèves (22) / Quintin (22) / Belz (56).
- Critère 2.2 : Bassins de vie dont la densité est inférieure à au moins 50 % de la densité régionale ET dont la population totale du bassin de vie est supérieure à 20 000 habitants. 6 bassins de vie : Loudéac (22) / Rostrenen (22) / Penmarch (29) / Dinard (35) / Elven (56) / Hennebont (56).

Les bassins de vie identifiés, seront publiés dans le cadre du SRS afin d'inciter les LBM à privilégier ces territoires d'implantation pour de nouveaux sites. Sans implantation, ces bassins de vie pourraient aussi être susceptibles de bénéficier de mesures spécifiques telles que la biologie délocalisée (qui à ce jour, n'est toujours pas possible en dehors des établissements de santé et des véhicules de transport sanitaire), ou une organisation conventionnée à mettre en place avec des infirmiers du secteur…

En complément, une veille annuelle sera publiée après chaque année de campagne de télé déclaration afin d'actualiser les données, donner de la visibilité à la profession sur leur déclaration et avoir une photographie à l'instant T en Bretagne et par zone de biologie médicale. Si d'importants changements venaient à être constatés à travers les déclarations d'activité, une révision du zonage pourrait être envisagée et la méthode réinterrogée. Il est nécessaire de se reposer ponctuellement sur les besoins de la population pour visualiser les évolutions à la hausse ou à la baisse en fonction des territoires.

➡ Les représentants de la profession ont validé la méthodologie employée sur le calcul des besoins de la population et les critères de fragilité lors du groupe de travail régional du 1er juin 2023.

Critères de fragilité des bassins de vie

Communes situées à plus de 30 minutes d'accès en voiture d'un laboratoire de biologie médicale

Bassins de vie dont la densité est inférieure à au moins 50% de la densité régionale (5,5 LBM pour 100 000 habitants) :

ET dont la population du bassin de vie est supérieure à 20 000 habitants

ET dont la population du bassin de vie est comprise entre 15 000 et 20 000 habitants

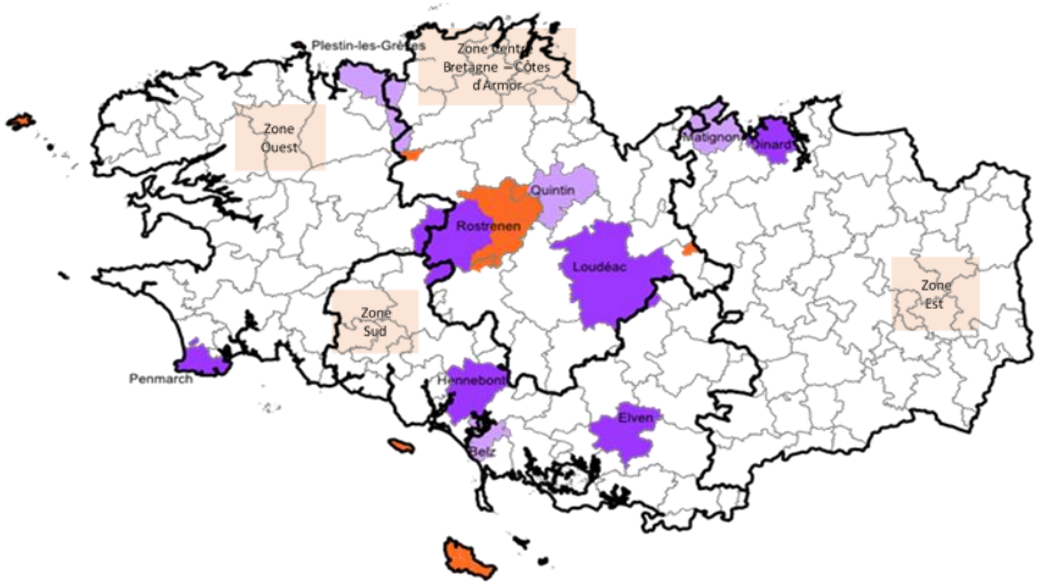


Schéma Régional de Permanence Des soins en établissement de santé (intégration du 27.06.25)

Définition

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval du service des urgences et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, le soir, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Elle est à différencier de la continuité des soins qui est l'obligation règlementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation.

Les différentes modalités de permanence des soins sont :

La garde : la présence effective du médecin dans l'établissement est requise.

L'astreinte : le médecin a l'obligation d'être joignable à son domicile ou à proximité afin d'intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

La demi-garde/demi-astreinte : la première partie de nuit, le plus souvent jusqu'à 0h, relève d'une garde, la seconde (0h-8h) d'une astreinte.

Périmètre

La PDSES concerne le seul champ MCO.

La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité.

Le schéma de PDSES concerne la séniorisation de la prise en charge et n'inclut pas les gardes des internes.

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médico-techniques.

Activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligations de permanence des soins inscrites dans le code de santé publique. Ce sont principalement :

- Les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique, de néonatalogie ;
- Les activités de soins critiques (réanimation, unités de soins intensifs) ;
- La cardiologie interventionnelle ;
- La chirurgie cardiaque ;
- La neurochirurgie,
- La neuroradiologie interventionnelle ;
- La radiologie interventionnelle
- Les urgences privées à but lucratif.

Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe, de prélèvement d'organes et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Certaines spécialités relevant des activités réglementées suivantes ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins : Traitement du cancer, Soins Médicaux et de Réadaptation, Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal, Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales. L'hémodialyse relève de la continuité des soins et n'est pas financée au titre de la permanence des soins.

Activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aigüe spécialisée, au sein, ou en aval des urgences voire directement dans un service de spécialité. Elles comprennent également les activités médicotechniques, imagerie médicale, biologie et pharmacie, qui sont nécessaires à la continuité des soins et participent également à la permanence des soins.

- Spécialités médicales : gastroentérologie, pneumologie, hématologie clinique, médecine polyvalente / gériatrie, endocrinologie, odontologie.
- Spécialités chirurgicales : chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie pédiatrique, chirurgie ophtalmologique, chirurgie ORL, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire.

Activités médico-techniques : imagerie diagnostique, biologie, pharmacie.

Cadre règlementaire

La mise en œuvre de la PDSES est encadrée par les articles L. 6111-1-3, opposable à l'ensemble des titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi qu'aux professionnels de santé qui y exercent, R. 1434-1 et suivants et R. 6111-41 et suivants du code de la santé publique (CSP).

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1 et peut être révisé, le cas échéant, tous les ans.

Après chaque publication du volet relatif à la permanence des soins du schéma régional de santé, le DGARS procède à un appel à candidature concernant les activités non réglementées soumises à permanence des soins. Dans le cas où il n'existe qu'une structure en capacité de répondre dans la zone de santé, le DGARS peut, après avoir consulté cette structure, lui attribuer l'implantation de permanence des soins associée sans avoir à procéder à un appel à candidature.

Plusieurs structures peuvent répondre de manière conjointe à l'appel à candidature.

Les articles L. 6111-1-3 et R.6111-47 du CSP prévoient qu'en cas de constat de carences dans la couverture des besoins du territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé réunit les différents établissements de santé et les représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein, les invite à répondre aux nécessités d'organisation collective de la permanence des soins et recueille leurs observations. En cas de carences persistantes, il peut désigner les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins ou d'y contribuer. Les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé participent à la mise en œuvre de cette mission.

Elaboration du schéma régional de PDSES en Bretagne

Au niveau régional, un comité de pilotage réunissant des représentant des fédérations hospitalières a été constitué en 2024.

L'IGAS a publié un rapport en juillet 2023 rendant compte des enjeux relatifs à la PDSES avec 34 recommandations visant à améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des professionnels de santé.

L'enquête nationale conduite par la DGOS, en mars 2024, a permis de faire un recensement quasi exhaustif des lignes de permanence des soins et de continuité des soins en région Bretagne, et de leur activité.

Des réunions territoriales ont permis de partager l'état des lieux des lignes existantes et de leur fonctionnement.

La construction du schéma des lignes de PDSES des activités règlementées a pris en compte les évolutions réglementaires.

En ce qui concerne les activités non règlementées, le nouveau schéma s'inscrit dans la continuité du précédent, prenant en compte la nécessité de répondre aux urgences, recommandant les coopérations afin de rendre la réalisation de la PDSES soutenable, en restant attentif à la réalité de terrain. Il permet d'inscrire les lignes jugées indispensables à la prise en charge des patients H24 et 7 jours sur 7 dans les territoires. Il est rappelé que les établissements peuvent mettre en œuvre des lignes supplémentaires s'ils le jugent nécessaire à leur fonctionnement, notamment de continuité de soins.

Pour les activités non réglementées, en application de l'article R.6111-42 du CSP, un appel à candidature sera publié dans les six mois après l'adoption du schéma et permettra de désigner les établissements attributaires de ces lignes et de leur financement.

La liste des structures assurant la mission de permanence des soins sera tenue à jour sur le site de l'agence régionale de santé.

La gradation des soins et la territorialisation

La répartition des implantations de PDSES par spécialités médicales et chirurgicales correspond aux implantations d'activités prévues dans le SRS. Cependant, dans un objectif d'efficience et d'optimisation de la ressource médicale, le principe de mutualisation de cette permanence est inscrit pour certaines activités. Cette mutualisation peut être construite à l'échelle d'une agglomération, d'un territoire, voire au niveau régional. Elle peut intégrer des praticiens libéraux.

L'organisation de la PDSES s'appuie sur des filières de soins graduées identifiées dans un projet médical territorial.

Le circuit du patient y est défini pour chaque spécialité avec le rôle de chaque établissement, les conditions d'orientation éventuelles vers le centre de recours, et de son retour vers les centres de proximité.

Sur cette base, la régulation par le centre 15 tient une place centrale dans le dispositif.

L'équipe médicale de territoire est un élément majeur dans l'organisation et la mutualisation de la PDSES. Elle peut prendre plusieurs formes : le temps médical partagé d'assistant et/ou de praticien, la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) et le pôle inter-établissements de territoire. Dans le cadre de la PDSES, des praticiens libéraux peuvent intervenir au sein de cette équipe de territoire.

Enjeux de l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé

- ***Amélioration de l'accès aux soins*** : l'optimisation de l'organisation de la PDSES, pour les spécialités médicales qui la requièrent, permet de garantir un accès permanent aux soins selon une gradation adaptée aux disciplines concernées, en lien avec l'offre de soins urgents. L'accessibilité financière doit être respectée, les tarifs opposables dans ces plages horaires étant ceux du secteur 1 de la convention nationale entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie. L'organisation de la PDSES doit participer à la réduction des délais d'attente et d'orientation en aval des urgences. Elle sécurise les parcours de soins non programmés urgents.

- ***Qualité et sécurité des soins***, aux horaires de PDSES, en facilitant l'orientation optimale des patients, y compris par la régulation médicale des appels.

- ***Amélioration de l'efficience*** : l'élaboration du volet participe à l'optimisation de l'utilisation des ressources médicales dans la région en évitant les doublons et en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leur statut, dès que cela est possible.

- Prise en compte des nouvelles modalités d'organisation des soins et des pratiques médicales, telles que la télémédecine.

Le financement de la permanence des soins

Le financement du schéma régional de la PDSES est assuré par le Fond d'Intervention Régional (FIR) en complément du financement à l'activité.

Le financement alloué au titre de la participation à cette mission de service public vise à valoriser les praticiens de ces établissements, lorsqu'ils s'engagent à respecter les principes fondamentaux inhérents à la mission de service public hospitalier (articles L.6112-1 et -2 du code de la santé publique), dans le cadre des arrêtés :

- en date du 30 avril 2003 modifié pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif ;

- en date du 18 juin 2013 modifié pour les établissements de santé privés à but lucratif.

Les praticiens libéraux (y compris de ville) peuvent également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

Volet de permanence des soins en établissement de santé

Activités réglementées

Périnatalité

L'organisation et le fonctionnement au titre des spécialités de gynécologue-obstétricien, anesthésiste et pédiatre en maternité sont définis réglementairement (Articles D. 6124-44, D. 6124-56 et D. 6124-61 du code de la santé publique) :

a) Pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site. Le gynécologue-obstétricien intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;

- un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;

- un pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité.

b) Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ;

- un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ;

- un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

Sur ces bases, l'organisation retenue est la suivante :

Gynécologie-obstétrique

- 1 astreinte par maternité réalisant moins de 1500 naissances
- 1 garde sur place par maternité réalisant plus de 1500 naissances
- 1 garde sur place renforcée d'une astreinte de week-end et jours fériés au-delà de 2000 naissances si la taille de l'équipe le permet
- 1 garde sur place renforcée d'une astreinte par maternité réalisant plus de 3000 naissances

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	3 G 3 A	CHU Brest-Carhaix site Morvan : 1G CHP Brest-Keraudren : 1G CHIC Quimper : 1G CH Pays de Morlaix : 1A CH Landerneau : 1A CHU Brest-Carhaix site de Carhaix : 1A
Territoire Lorient Quimperlé	1 G 1 A week-end et jours fériés	GHBS site du Scorff : 1G + 1A WE & JF
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 G 2 A	CHBA site de Vannes : 1G HP Océane : 1A CH de Ploërmel : 1A
Territoire Haute-Bretagne	3 G 5 A	CHU Rennes site H.Sud : 1G + 1A Clinique la Sagesse : 1G + 1A CHP St Grégoire : 1G CH de Fougères : 1A CH de Vitré : 1A CH de Redon : 1A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A	GHRE site St Malo : 1G
Territoire d'Armor	1 G 3 A	CH de SBPT site de St Brieuc : 1G HP Côtes d'Armor : 1A CH de Lannion : 1A CH de Guingamp : 1A
Territoire Cœur de Breizh	1 A	CH Centre Bretagne : 1A

Anesthésie

- Une garde sur place dans les établissements réalisant moins de 1500 naissances, la PDSES anesthésique est alors mutualisée avec les activités d'anesthésie non réglementée (*cf. paragraphe Anesthésie activités non réglementées*), sauf pour les établissements dont l'organisation permet la mise en place d'une astreinte.

- Une garde sur place, dédiée pour l'activité d'obstétrique, pour les établissements réalisant plus de 1500 naissances.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	5 G 1 A	CHU Brest-Carhaix site Morvan : 1G CHP Brest-Keraudren : 1G CHIC Quimper : 1G CH Pays de Morlaix : 1G CH Landerneau : 1G CHU Brest-Carhaix site de Carhaix : 1A
Territoire Lorient Quimperlé	1 G	GHBS site du Scorff : 1G
Territoire Brocéliande-Atlantique	2 G 1 A	CHBA site de Vannes : 1G HP Océane : 1A CH de Ploërmel : 1G
Territoire Haute-Bretagne	7 G	CHU Rennes site H.Sud : 2G Clinique la Sagesse : 1G CHP St Grégoire : 1G CH de Fougères : 1G CH de Vitré : 1G CH de Redon : 1G
Territoire St-Malo-Dinan	1G	GHRE site St Malo : 1G
Territoire d'Armor	3 G 1 A	CH de SBPT site de St Brieuc : 1G HP Côtes d'Armor : 1A CH de Lannion : 1G CH de Guingamp : 1G
Territoire Cœur de Breizh	1G	CH Centre Bretagne : 1G

Pédiatrie incluant la réanimation pédiatrique et néonatale

- Une astreinte par maternité réalisant moins de 1500 naissances, ou de niveau 1 et 2A.
- Au moins une garde par maternité réalisant plus de 1500 naissances, ou de niveau 2B et 3
- Une garde renforcée d'une astreinte de week-end et jours fériés si la taille de l'équipe le permet pour les maternités de niveau 2B.
- Deux gardes pour les maternités de niveau 3, si la taille de l'équipe le permet, 1 garde renforcée d'une astreinte dans le cas contraire.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 G 5 A 1 A week-end et jours fériés	CHU Brest-Carhaix site Morvan : 1G + 1A CHP Brest-Keraudren : 1A CHIC Quimper : 1G + 1A WE & JF CH Pays de Morlaix : 1A CH Landerneau : 1A CHU Brest-Carhaix site de Carhaix : 1A
Territoire Lorient Quimperlé	1G 1A week-end et jours fériés	GHBS site du Scorff : 1G + 1A WE & JF
Territoire Brocéliande-Atlantique	2 G 2 A	CHBA site de Vannes : 2G HP Océane : 1A CH de Ploërmel : 1A
Territoire Haute-Bretagne	3 G 5 A	CHU Rennes site H.Sud : 2G +1A Clinique la Sagesse : 1G CHP St Grégoire : 1A CH de Fougères : 1A CH de Vitré : 1A CH de Redon : 1A
Territoire St-Malo-Dinan	1 G	GHRE site St Malo : 1G
Territoire d'Armor	2 G 3 A	CH de SBPT site de St Brieuc : 2G HP Côtes d'Armor : 1A CH de Lannion : 1A CH de Guingamp : 1A
Territoire Cœur de Breizh	1 A	CH Centre Bretagne : 1A

Soins critiques adultes

Textes de références :

- Décret nº 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques
- Décret nº 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques
- Instruction n° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

La modalité « soins critiques adultes » comprend les cinq mentions suivantes :

1) Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »
2) Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »
3) Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC),
4) Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)
5) Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)

Mention 1 : Réanimation et soins intensifs polyvalents et de spécialités, le cas échéant

- Une garde pour 25 lits de réanimation et Unité de Soins Intensifs Polyvalents (USIP) adossée.
- Une astreinte de spécialité complémentaire le cas échéant en cas d'unité de soins intensifs spécialisée ;

Réanimation et soins intensifs polyvalents :

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	7 G	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 4G HIA Clermont-Tonnerre Brest : 1G CH Pays de Morlaix : 1G CHIC Quimper : 1G
Territoire Lorient Quimperlé	1 G	GHBS site du Scorff : 1G
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 G	CHBA site de Vannes : 1G
Territoire Haute-Bretagne	4 G	CHU Rennes site Pontchaillou : 4G
Territoire St-Malo-Dinan	1 G	GHRE site St Malo : 1G
Territoire d'Armor	1 G	CH de SBPT site de St Brieuc : 1G

Réanimation CTCV :

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 G	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 1G
Territoire Haute-Bretagne	1 G	CHU Rennes site Pontchaillou : 1G

Unité de soins intensifs spécialisées :

Au sein de la région, seuls les deux CHU sont sièges d'unités de soins intensifs spécialisées. Une astreinte de spécialité a été inscrite au schéma pour ces unités. Concernant l'unité de soins intensifs spécialisées de gastro-entérologie du CHU de Rennes, au vu du recours territorial et du volume d'activité, une garde a été inscrite.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A de pneumologie 1 A de néphrologie	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : - 1A pneumologie - 1A néphrologie
Territoire Haute-Bretagne	1 G de gastroentérologie 1 A de pneumologie 1 A de néphrologie 1 A de maladie infectieuse	CHU Rennes site Pontchaillou : - 1G gastro-entérologie - 1A pneumologie - 1A néphrologie - 1A maladies infectieuses

<u>Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires »</u>

Les autorisations d'USIP dérogatoires ne sont pas encore délivrées au moment de la rédaction de ce schéma. Le schéma fera l'objet d'une révision afin d'être actualisé, une fois les autorisations délivrées aux établissements.

Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)

La règlementation prévoit, en dehors des services de jour, la présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques et une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline.

Au vu du volume d'activité et de l'organisation de ces unités dans la région, une garde de médecine cardiovasculaire est inscrite pour chaque unité de soins intensifs.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	3 G	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 1G CHP Brest-Keraudren : 1G CHIC Quimper : 1G
Territoire Lorient Quimperlé	1 G	GHBS site du Scorff : 1G
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 G	CHBA site de Vannes : 1G
Territoire Haute-Bretagne	2 G	CHU Rennes site Pontchaillou : 1G Polyclinique Saint Laurent : 1G
Territoire St-Malo-Dinan	1 G	GHRE site St Malo : 1G
Territoire d'Armor	1 G	CH de SBPT site de St Brieuc : 1G

Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)

La règlementation prévoit, en dehors des services de jour, la présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques et une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire.

Pour les sites avec autorisation de Neuroradiologie Interventionnelle (NRI), il est exigé la présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline

Il a donc été inscrit pour chaque site avec autorisation de neuroradiologie interventionnelle, mention A ou mention B, une garde de neurologie ; une astreinte de neurologie pour les autres USINV.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 G 1 A	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 1G CHIC Quimper : 1A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A	GHBS site du Scorff : 1A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 G	CHBA site de Vannes : 1G
Territoire Haute-Bretagne	1G	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1G
Territoire St-Malo-Dinan	1 A	GHRE site de St Malo : 1A
Territoire d'Armor	1 A	CH de SBPT site de St Brieuc : 1A
Territoire Cœur de Breizh	1 A	CH Centre Bretagne : 1A

Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)

La réglementation prévoit, en dehors des services de jour, la présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques et une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline

Il est inscrit une astreinte d'hématologie par unité.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 1A
Territoire Haute-Bretagne	1 A	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 1A

Cardiologie interventionnelle

Textes de références :

- Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie
- Décret n° 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie
- Instruction n° DGOS/R3/2023/46 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte » : Au sein de la modalité « **cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte** », une partie importante de l'activité d'angioplastie est consacrée à la prise en charge en urgence du syndrome coronarien aigu. Ainsi, une permanence des soins (ouverture H24) est exigée pour tout titulaire de l'autorisation.

M**odalités « rythmologie interventionnelle » et « cardiopathies congénitales hors rythmologie » :** Ces activités sont le plus souvent des activités programmées. Cependant des situations d'urgence sont régulièrement observées, ainsi les astreintes suivantes sont exigées :

- Une astreinte opérationnelle de rythmologue interventionnel est mise en place pour les mentions B, C et D de la modalité **rythmologie interventionnelle** afin de prendre en charge les patients porteurs de défibrillateurs ;

- Une astreinte opérationnelle d'un médecin compétent en cardiologie pédiatrique et congénitale est mise en place pour la modalité **cardiopathie congénitale hors rythmologie.**

Une astreinte opérationnelle pour chaque modalité est inscrite pour chaque site autorisé. Il est à noter que les astreintes opérationnelles mentionnées à l'article D. 6124-185-1 peuvent être mutualisées avec d'autres sites, à condition que les délais d'intervention soient compatibles avec les impératifs de sécurité des soins.

Modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

Il est inscrit une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en cardiologie interventionnelle de l'adulte par site autorisé

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	3 A	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 1A CHP Brest-Keraudren : 1A CHIC Quimper : 1A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A	GHBS site du Scorff : 1A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A	CHBA site de Vannes : 1A
Territoire Haute-Bretagne	2 A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A Polyclinique Saint Laurent : 1A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A	GHRE site de St Malo : 1A
Territoire d'Armor	1 A	CH de SBPT site de St Brieuc : 1A

Modalités « rythmologie interventionnelle » (mentions B, C, D)

Il est inscrit une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en médecine cardio-vasculaire justifiant d'une formation attestée en rythmologie interventionnelle par site autorisé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A	CHU Brest-Carhaix site La Cavale Blanche : 1A CHIC Quimper : 1A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A	GHBS site du Scorff : 1A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A	CHBA site de Vannes : 1A
Territoire Haute-Bretagne	1 A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A	GHRE site de St Malo : 1A
Territoire d'Armor	1 A	CH de SBPT site de St Brieuc : 1A

Modalité « cardiopathies congénitales hors rythmologie »

Il est inscrit une astreinte opérationnelle d'un médecin justifiant d'une formation attestée en cardiologie pédiatrique et congénitale par site autorisé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1A	CHU Brest-Carhaix site de La Cavale Blanche : 1A
Territoire Haute-Bretagne	1A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A

Chirurgie Cardiaque

Textes de référence : articles R. 6123-73, D.6124-123 du code de la santé publique

La règlementation prévoit que le titulaire de l'autorisation de pratiquer une activité de soins de chirurgie cardiaque assure en permanence, en lien avec le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 et les structures des urgences mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic et le traitement des patients susceptibles de bénéficier de cette activité.

Il est inscrit une astreinte par site autorisé de chirurgie cardiaque ainsi qu'une astreinte d'anesthésie dédiée à cette activité.

Chirurgie cardiaque

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1Ao	CHU Brest-Carhaix site de La Cavale Blanche : 1A
Territoire Haute-Bretagne	1A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A

Anesthésie pour l'activité de chirurgie cardiaque

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1A	CHU Brest-Carhaix site de La Cavale Blanche : 1A
Territoire Haute-Bretagne	1A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A

Neurochirurgie

Textes de référence : Articles R. 6123-101, D. 6124-138, D. 6124-164 du code de la santé publique

Que ce soit pour l'activité de neurochirurgie adulte ou pédiatrique, la règlementation prévoit que la permanence des soins mentionnée à l'article R. 6123-101 et la continuité des soins sont assurées sur chaque site par un neurochirurgien remplissant les conditions mentionnées au 1° de l'article D. 6124-137 et un anesthésiste-réanimateur. Ces personnes assurent leurs fonctions sur place ou en astreinte opérationnelle. En cas d'astreinte opérationnelle, le délai d'arrivée doit être compatible avec les impératifs de sécurité.

Lorsque la permanence des soins est assurée pour plusieurs sites, la convention mentionnée au 2° de l'article R. 6123-101 précise notamment les modalités d'organisation entre les sites, de participation des personnels de chaque site et les modalités d'orientation et de prise en charge des patients.

L'établissement dispose des systèmes d'information et des moyens de communication permettant la pratique de la télémédecine.

Il est inscrit une astreinte opérationnelle par site autorisé de neurochirurgie. La garde d'anesthésie nécessaire pour cette activité peut être mutualisée avec d'autres activités (neuroradiologie interventionnelle, bloc urgences par exemple).

Neurochirurgie adulte

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1A	CHU Brest-Carhaix site de La Cavale Blanche : 1A
Territoire Haute-Bretagne	1A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A

Neurochirurgie pédiatrique

Territoire Haute-Bretagne	1A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A

Anesthésie neurochirurgie et Neuroradiologie interventionnelle

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 G	CHU Brest-Carhaix site de La Cavale Blanche : 1G
Territoire Haute-Bretagne	2 G	CHU Rennes site de Pontchaillou : 2G

Neuroradiologie Interventionnelle

Textes de référence : articles R. 6123-109-4, D. 6124-149-1 du code de la santé publique.

Pour cette activité, il existe deux mentions :

- Mention A : thrombectomie mécanique et actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu
- Mention B : activités interventionnelles en neuroradiologie.

Pour ces deux mentions, la règlementation prévoit une astreinte ou une garde d'un médecin justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie et d'un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation, ainsi que la présence sur site d'un médecin spécialisé en neurologie ou d'un médecin compétent en pathologies neurovasculaires.

Il est inscrit au schéma régional :

- Une astreinte de neuroradiologie interventionnelle pour chaque site autorisé
- Une garde d'anesthésie qui peut être mutualisée avec d'autres activités (neurochirurgie, bloc urgences)
- Une garde de neurologie (*Cf. USINV*)

Neuroradiologie interventionnelle

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A	CHU Brest-Carhaix site de La Cavale Blanche : 1A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A	CHBA site de Vannes : 1A
Territoire Haute-Bretagne	1 A	CHU Rennes site de Pontchaillou : 1A

Imagerie Interventionnelle

La réforme des autorisations distingue l'imagerie diagnostique de l'imagerie interventionnelle.

L'imagerie interventionnelle fait partie des activités réglementées. Elle fera l'objet d'une révision du PRS afin de procéder à la planification des autorisations, et le schéma de PDSES sera alors révisé pour inscrire les lignes de PDSES nécessaires.

Caisson Hyperbare

Il est prévu une astreinte opérationnelle pour le site autorisé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A	CHU Brest-Carhaix site de La Cavale Blanche : 1A

Structures d'Urgences des établissements privés à but lucratif

Il est inscrit deux gardes par site autorisé.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2G	CHP Brest-Keraudren : 2G
Territoire Haute-Bretagne	4 G	CHP St Grégoire : 2G HP Sévigné : 2G

Activités non réglementées

SPECIALITES CHIRURGICALES

On distingue différents niveaux de recours des lignes de PDSES au niveau d'un territoire de santé :

- Proximité : spécialités fortement sollicitées nécessitant un maillage territorial proche de celui des services d'urgences. Il s'agit de la chirurgie orthopédique et traumatologique et de la chirurgie viscérale. L'optimisation de l'organisation de ces lignes de PDSES doit être privilégiée en mutualisant les équipes ou par la mise en place de coopérations entre établissements permettant la soutenabilité de la charge de PDSES. Ainsi, il ne sera pas toujours inscrit une ligne d'astreinte par établissement siège de service d'urgences. Seront prises en compte l'activité des services d'urgences et leur situation géographique.
- Territorial : spécialités nécessaires à la prise en charge en urgence de patients admis dans les services d'urgences. Il s'agit de la chirurgie urologique, la chirurgie vasculaire, la chirurgie ORL, la chirurgie ophtalmologique, la chirurgie pédiatrique. Il peut être nécessaire d'envisager une permanence des soins couvrant deux territoires de santé.
- Régional : spécialités de recours

Chirurgie viscérale et digestive

Cette discipline nécessite l'organisation d'une permanence des soins de proximité au vu de la fréquence des passages aux urgences en lien avec elle. Néanmoins, il semble intéressant dans les territoires de favoriser une organisation mutualisant les équipes de plusieurs établissements quand leur proximité géographique le permet. Certains territoires se sont déjà réorganisés au cours du précédent schéma. L'objectif sera affiché d'une évolution vers des organisations mutualisées ou partagées d'ici la fin du présent schéma, à 5 ans. La mutualisation des lignes sera prise en compte dans le financement des astreintes afin de reconnaitre l'augmentation d'activité que cela entraine.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	6 A Objectif à 5 ans : 4 ou 5 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	6 A Objectif à 5 ans : 4 A
Territoire St-Malo-Dinan	2 A Objectif à 5 ans : 1 ou 2 A
Territoire d'Armor	3 A Objectif à 5 ans : 2 A
Territoire Cœur de Breizh	1 A

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Cette discipline nécessite l'organisation d'une permanence des soins de proximité au vu de la fréquence des passages aux urgences en lien avec elle. Néanmoins, il semble intéressant dans les territoires de favoriser une organisation mutualisant les équipes de plusieurs établissements quand leur proximité géographique le permet. Il est à noter la faible sollicitation de ces lignes en nuit profonde et le peu d'interventions chirurgicales en soirée. Certains territoires se sont déjà réorganisés au cours du précédent schéma.

L'objectif reste affiché d'une évolution vers des organisations mutualisées ou partagées d'ici la fin du schéma, à 5 ans. La mutualisation des lignes sera prise en compte dans le financement des astreintes afin de reconnaitre l'augmentation d'activité que cela entraine. Ces évolutions d'organisation s'appuieront sur les outils de télémédecine.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	6 A Objectif à 5 ans : 4 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	6 A Objectif à 5 ans : 4 à 5 A
Territoire St-Malo-Dinan	2 A Objectif à 5 ans : 1 à 2 A
Territoire d'Armor	3 A Objectif à 5 ans : 2 A
Territoire Cœur de Breizh	1 A

Chirurgie SOS main

L'organisation de la permanence des soins repose sur les établissements disposant d'équipes spécialisées disponibles 7j/7, 24h/24. Ces lignes sont de recours supra-territorial. L'objectif à 5 ans est de disposer en région Bretagne d'une ligne de PDSES SOS mains par département.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A
Territoire d'Armor	0 ou 1 A

Chirurgie urologique

Dans cette discipline, l'organisation de la permanence des soins est mise en place à l'échelle territoriale voire supra-territoriale. Elle doit prendre en compte le fait que les territoires ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour porter l'organisation de la ligne de permanence des soins, c'est le cas du territoire Cœur de Breizh. Néanmoins, il est important que les services d'urgences de chaque territoire puissent bénéficier d'un recours dans cette spécialité. La prise en charge de la permanence des soins de chirurgie urologique pour la population du territoire Cœur de Breizh devra être proposée par un des territoires voisins. Le financement de cette ligne prendra en compte son caractère supra-territorial.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A
Territoire d'Armor	1 A

Chirurgie vasculaire

Dans cette discipline, l'organisation de la permanence des soins est mise en place à l'échelle territoriale voire supra-territoriale. Elle doit prendre en compte le fait que les territoires ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour porter l'organisation de la ligne de permanence des soins, c'est le cas du territoire Saint Malo-Dinan et du territoire Cœur de Breizh. Néanmoins, il est important que les services d'urgences de chaque territoire puissent bénéficier d'un recours dans cette spécialité. La prise en charge de la permanence des soins de chirurgie vasculaire pour la population des territoires Saint Malo-Dinan d'une part et du territoire Cœur de Breizh d'autre part devra être proposée par un des territoires voisins. Le financement de cette ligne prendra en compte son caractère supra-territorial.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A
Territoire d'Armor	1 A

Chirurgie oto-rhino-laryngologique (ORL)

Dans cette discipline, l'organisation de la permanence des soins est mise en place à l'échelle territoriale. La mutualisation des équipes, quel que soit le statut des établissements, est à rechercher afin de pouvoir stabiliser les organisations.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A
Territoire d'Armor	1 A
Territoire Cœur de Breizh	1 A

Chirurgie ophtalmologique

Dans cette discipline, l'organisation de la permanence des soins est mise en place à l'échelle territoriale voire supra-territoriale. Elle doit prendre en compte le fait que les territoires ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour porter l'organisation de la ligne de permanence des soins, c'est le cas du territoire Cœur de Breizh. Néanmoins, il est important que les services d'urgences de chaque territoire puissent bénéficier d'un recours dans cette spécialité. La prise en charge de la permanence des soins pour la population du territoire Cœur de Breizh devra être proposée par un des territoires voisins. Le financement de cette ligne prendra en compte son caractère supra-territorial. La mutualisation des équipes, quel que soit le statut des établissements, est à rechercher afin de pouvoir stabiliser les organisations

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A
Territoire d'Armor	1 A

Chirurgie pédiatrique

Ces lignes de permanence de soins sont de recours supra-territoriale, portées par les établissements autorisés pour cette activité.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A (1A de chirurgie orthopédique – 1A de chirurgie viscérale)
Territoire Haute-Bretagne	2 A (1A de chirurgie orthopédique – 1A de chirurgie viscérale)
Territoire d'Armor	1A

Anesthésie liée aux activités non réglementées

Il s'agit de la permanence des soins liée aux activités non réglementées des blocs opératoires. Lorsque la réglementation le permet, la permanence des soins est mutualisée entre les lignes d'anesthésie réglementée et non réglementée (ex : obstétrique ou NRI ou neurochirurgie et blocs urgences).

L'organisation repose sur une garde ou sur une astreinte en fonction de la mutualisation nécessaire, du volume d'activité.

Il est à noter que les lignes émargeant à une obligation règlementaire (obstétrique, neurochirurgie, NRI) et pouvant être mutualisées sont inscrites au schéma au titre de l'activité de périnatalité (*cf. paragraphe périnatalité, tableau anesthésie et paragraphe neurochirurgie, tableau d'anesthésie*).

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 G 1 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 G
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 G
Territoire Haute-Bretagne	2 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 G 1 A
Territoire d'Armor	1 G

SPECIALITES MEDICALES

Gastroentérologie- Endoscopie digestive

Dans cette discipline, l'organisation de la permanence des soins permet de garantir un accès à l'endoscopie digestive en urgence. Il est inscrit au schéma une ligne de PDSES par territoire et par établissement siège de réanimation. A noter que pour les établissements sièges d'unité de soins intensifs de gastroentérologie, (donc avec une ligne de PDSES règlementées), la ligne est inscrite au titre des activités règlementées (territoire de Haute Bretagne, *Cf. Paragraphe USI Gastroentérologie*)

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	4 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A
Territoire d'Armor	1 A
Territoire Cœur de Breizh	1 A

Pneumologie - Endoscopie bronchique

Dans cette discipline, l'organisation de la permanence des soins permet de garantir un accès à l'endoscopie bronchique en urgence. Il est inscrit au schéma une ligne de PDSES par établissement siège de réanimation. A noter que pour les établissements sièges d'unité de soins intensifs de pneumologie, (donc avec une ligne de PDSES règlementée), la ligne est inscrite au titre des activités règlementées (territoires de Finistère Pen AR Bed et Haute Bretagne, *Cf. Paragraphe USI Pneumologie*)

Une astreinte dédiée est effective dans 4 structures. Sur les autres territoires, l'organisation mise en place permet de prendre en charge cette activité aux horaires de PDS sans astreinte dédiée.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A

Hématologie clinique adulte

Dans cette discipline, les lignes de permanence des soins sont de recours territorial. Il est inscrit au schéma une ligne de PDSES par territoire et par établissement siège de réanimation. A noter que pour les établissements sièges d'unité de soins intensifs d'hématologie (ligne de PDSES règlementée), la ligne est inscrite au titre des activités règlementées (territoire de Finistère Penn ar Bed et Haute Bretagne, *Cf. Paragraphe USI Hématologie*)

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire d'Armor	1 A

Hématologie clinique pédiatrique

Dans cette discipline, les lignes de permanence des soins sont de recours régional. Il est inscrit au schéma une ligne de PDSES par établissement siège de cette activité.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A
Territoire Haute Bretagne	1 A

Médecine polyvalente - Gériatrie

L'activité de ces disciplines en horaire de permanence des soins s'apparente principalement à de la continuité de soins, pour des patients déjà hospitalisés. Néanmoins, elles tiennent un rôle important en aval des urgences, concernant l'accueil des nouveaux patients, les sorties de patients le week-end pour améliorer les capacités d'accueil. Elles sont un facteur de fluidification du parcours du patient des urgences. Afin de soutenir ce rôle, une astreinte au minimum par site autorisé en médecine disposant d'une structure d'urgence est inscrite.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	11 A
Territoire Lorient Quimperlé	2 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	3 A
Territoire Haute-Bretagne	7 A
Territoire St-Malo-Dinan	2 A
Territoire d'Armor	4A
Territoire Cœur de Breizh	1A

Endocrinologie - diabétologie adulte - pompes à insuline-boucles fermées

Le recours est territorial, une ligne d'astreinte est inscrite par territoire siège d'un centre prescripteur.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A
Territoire d'Armor	1 A

Endocrinologie - diabétologie pédiatrique - pompes à insuline-boucles fermées

Le recours est régional, une ligne d'astreinte est inscrite par territoire siège d'un centre prescripteur.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A

Odontologie

Articulée avec la permanence en chirurgie dentaire ambulatoire, une permanence odontologique hospitalière s'organise dans certains territoires sous la forme d'astreinte de week-end et jours fériés. La cible envisagée à terme est une astreinte départementale de week-end et jours fériés.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A
Territoire Haute Bretagne	1 A
Territoire d'Armor	1 A

SPECIALITES MEDICO-TECHNIQUES

Imagerie diagnostique

La réforme des autorisations distingue l'imagerie diagnostique de l'imagerie interventionnelle

Pour ce qui concerne l'imagerie diagnostique, dans le contexte de tension démographique médicale et paramédicale forte, le principe est d'organiser une permanence des soins territoriale voire inter-territoriale. La télé imagerie est le support nécessaire à cette organisation. Cette permanence doit reposer sur des équipes médicales mutualisées intégrant les médecins des établissements quel que soit leur statut (publics et privés) et les médecins libéraux.
Dans l'attente de l'engagement de travaux afin d'améliorer l'organisation de la permanence des soins en imagerie, le schéma prévoit les lignes de permanence des soins assurant le fonctionnement actuel, déjà en partie mutualisé entre établissements publics et reposant sur des astreintes principalement.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	2 G 3 A
Territoire Lorient Quimperlé	½ G – ½ A 1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	6 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A
Territoire d'Armor	2 A
Territoire Cœur de Breizh	1 A

Biologie médicale

Dans cette discipline, l'organisation de la permanence des soins repose sur les lignes territoriales d'astreinte dans les laboratoires des établissements sièges de services d'urgences, et sur les lignes de recours régional dans les deux CHU.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	6 A
Territoire Lorient Quimperlé	1 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	1 A
Territoire Haute-Bretagne	4 A
Territoire St-Malo-Dinan	1 A
Territoire d'Armor	2 A
Territoire Cœur de Breizh	1 A

Biologie d'Hémostase

Le schéma identifie des lignes spécifiques pour la biologie d'hémostase, de recours régional.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	1 A
Territoire Haute-Bretagne	1 A

Pharmacie

La cible du schéma précédent était la mise en place d'une astreinte territoriale. Cette organisation est reconduite.

Territoire Finistère - Penn Ar Bed	3 A
Territoire Lorient Quimperlé	2 A
Territoire Brocéliande-Atlantique	2 A
Territoire Haute-Bretagne	2 A
Territoire St-Malo-Dinan	2 A
Territoire d'Armor	2 A
Territoire Cœur de Breizh	1 A

Le suivi du volet PDSES

Une évaluation annuelle de la mise en place effective des lignes reconnues et financées dans le présent schéma sera effectuée. Les modalités de suivi seront définies en lien avec le comité de pilotage mis en place pour les travaux de révision du schéma régional de PDSES, qui deviendra comité de suivi du schéma et sera réuni annuellement. Cette évaluation doit permettre d'alimenter les réflexions régionales en vue d'une adaptation du volet pour tenir compte de l'évolution de l'offre de soins, des ressources médicales et des coopérations entre les établissements.

Le schéma pourra être révisé annuellement en fonction des besoins.

Partie 3 : Animer et décliner le PRS dans les territoires



3.1 Elaborer le plan d'actions annuel pour mettre en œuvre le PRS

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le cadre méthodologique du PRS 3, priorisé et synthétique, implique une déclinaison opérationnelle annuelle des objectifs et actions. Elle permet une démarche programmatique, favorable à la mobilisation des partenaires, des compétences de l'ARS ou d'autres ressources.

Dans le cadre du diagnostic du PRS3, des partenaires et acteurs du système de santé ont formulé le vœu de renforcer l'approche territoriale de la politique de santé et de favoriser l'émergence de nouveaux modes d'action dans ce cadre. Leur implication peut être favorisée par la déclinaison des plans d'actions liés aux objectifs du PRS. Ils constituent également un levier d'information et de mobilisation en direction des instances de démocratie sanitaire et plus largement vers les professionnels et usagers.

Le recours à des plans d'actions permet d'envisager une actualisation régulière en lien avec les actions de l'ARS. Cette opportunité constitue un gage d'adaptabilité de la politique régionale au titre de l'articulation avec les orientations et politiques nationales dans le champ de la santé, ainsi qu'avec les autres politiques publiques.

Enfin, l'élaboration de plans d'actions répond également à des enjeux d'ordre méthodologique en lien avec :

- Le pilotage interne de l'ARS Bretagne ;
- L'articulation avec les cadres de programmation liés à la territorialisation de la politique de santé (CLS, CPTS, CNR, etc.) ;
- Les travaux de bilan et d'évaluation des actions déployées sur les territoires, ainsi que le reporting de l'activité de l'ARS.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Structurer et animer la formalisation d'un plan d'actions annuel, en lien avec les orientations prioritaires de l'ARS ;
- Informer les instances de démocratie sanitaire et les partenaires territoriaux sur le plan d'actions relatif au PRS, sa mise en œuvre et son évaluation ;
- Favoriser l'articulation avec les dispositifs territoriaux ;
- Associer les partenaires aux différentes étapes d'élaboration et de mise en œuvre.

3.1 Elaborer les plans d'actions annuels pour mettre en œuvre le PRS

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Rénover Formaliser une procédure méthodologique relative à l'élaboration, à l'animation et à l'évaluation des plans d'action du PRS ;
- Réaliser un bilan annuel de la mise en œuvre ;
- Proposer une information régulière vers les partenaires et instances de démocratie en santé ;
- Accompagner les managers et collaborateurs de l'ARS vers l'appropriation de ce cadre méthodologique ;
- Organiser un recensement annuel des actions et établir les liens avec les autres dispositifs ;
- Elaborer les supports méthodologiques et outils nécessaires : outil de recueil et de suivi, méthodologie d'animation, dialogue de gestion.

Les publics ciblés

- Usagers et grand public,
- Instances de démocratie en santé,
- Acteurs institutionnels (RU, fédérations, URPS),
- Collectivités territoriales,
- Structures d'exercice coordonné (fédérations régionales),
- Elus locaux et parlementaires.

Les partenaires à mobiliser

- Contrats locaux de santé
- CPTS

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☒ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

3.2 Décliner le PRS dans les territoires par le développement des relations contractuelles

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Il est indispensable de construire, décliner et faire vivre le PRS dans les territoires pour en renforcer la pertinence et l'efficacité suivant quatre axes :

- L'aménagement du territoire, la vie sociale et culturelle, les facteurs environnementaux (air, eau, …) ou encore les comportements influent très largement sur l'état de santé de la population. Il est donc indispensable de **MOBILISER** les acteurs locaux (collectivités, associations, entreprises, usagers, …) dans la déclinaison du PRS pour agir efficacement sur ces déterminants de santé. Il en va de même s'agissant des acteurs territoriaux du système de santé (établissements, services, professionnels, …) qui ont la responsabilité de mettre concrètement en œuvre les orientations sanitaires et médico-sociales du PRS ;
- Dans le contexte post-covid, les partenaires territoriaux ont exprimé l'attente d'être mieux associés à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé dans une logique de **CO-CONSTRUCTION ;**
- L'adéquation des politiques aux besoins de santé et aux attentes des acteurs réside notamment dans la capacité à construire des solutions locales, basée sur une logique d'appropriation et de différenciation territoriale, à une maille adaptée : territoires de santé, bassin de vie, EPCI, etc. La déclinaison de la politique régionale, incarnée par le PRS, doit nécessairement prévoir une part d'**ADAPTATION** et d'**AJUSTEMENT** aux niveaux locaux ;
- Les enjeux de **VISIBILITE** et de **LISIBILITE** des actions incitent également à agir à l'échelle des territoires, pour appuyer la perception de la mise en œuvre du PRS par les acteurs locaux, en tant que feuille de route.

Pour ce faire, l'ARS peut mobiliser des vecteurs contractuels (contrats locaux de santé, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, etc.). Ils constituent des leviers d'engagement réciproques avec les acteurs locaux dans la perspective des objectifs du PRS. Leur mise en œuvre est à renforcer, notamment pour accroitre la couverture territoriale de certains dispositifs, ainsi que leur articulation avec les autres politiques et leviers à l'échelle de chaque territoire.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Prendre appui sur les outils contractuels de l'ARS pour développer, systématiser et animer des espaces locaux d'échange et de co-construction, support à la territorialisation de la politique de santé ;
- Définir les modalités territoriales d'animation des politiques de santé associant les partenaires institutionnels et représentants autour des sujets stratégiques ;
- Produire et partager de la connaissance sur l'état de santé de la population aux différentes mailles territoriales pertinentes ainsi que sur les ressources et outils existants localement ;
- Accompagner les acteurs des territoires vers l'adaptation locale des actions en fonction des spécificités de chaque territoire ;
- Identifier et construire des actions nouvelles ou adaptées en réponse aux besoins locaux spécifiques chaque fois que c'est nécessaire ;
- Poursuivre la mise en œuvre de la méthode du Conseil National de la Refondation volet Santé Territoires ;
- Rendre compte, faire connaître et expliquer régulièrement l'action de l'ARS en déclinaison du PRS dans les territoires ;
- Conforter le rôle de proximité des délégations départementales des ARS ;
- Mettre en place une politique différenciée sur les territoires en fonction de leur capacité d'intervention et de leur niveau de fragilité.

3.2 Décliner le PRS dans les territoires par le développement des relations contractuelles

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Couvrir 100% de la population bretonne par un dispositif de contrat local de santé et en faire évoluer le cadre pour prendre en compte les évolutions des besoins ;
- Déployer des conseils locaux en santé mentale dans chaque territoire ;
- Mettre à disposition des ressources documentaires, régulièrement mises à jour, sur les données de santé aux différents échelles territoriales ;
- Expérimenter l'élaboration et le suivi d'un projet de santé avec des territoires de santé candidats ;
- Agir sur les leviers contractuels des acteurs de santé locaux (contrat CPAM-ARS-CPTS, contrats de territoire des GHT, CPOM des DAC, Communauté 360, …) pour adapter la mise en œuvre de la politique régionale de santé et répondre aux besoins spécifiques de chaque territoire ;
- Veiller à l'articulation et la répartition des interventions entre acteurs locaux dans le cadre de doctrines régionales à retranscrire dans les vecteurs contractuels susévoqués, le partage des ressources (exemple : mise en commun des diagnostics), en favorisant l'interconnaissance au sein notamment des contrats locaux de santé ou d'espaces de gouvernance partagés et au travers de l'animation par les délégations départementales d'un dialogue régulier avec l'ensemble de ces acteurs ;
- Valoriser la prise en compte des besoins spécifiques de chaque territoire et la coordination entre acteurs locaux dans chacun des appels à projets, à candidatures ou à manifestation d'intérêt de l'ARS ;
- Mettre en place une animation départementale et régionale des ressources de coordination dans les territoires (CPTS, CLS, …) ;
- Identifier deux fois par an dans le cadre du Conseil National de la Refondation des actions innovantes et pertinentes émanant du terrain à accompagner par l'ARS
- Proposer une présentation annuelle du PRS et de sa déclinaison aux acteurs locaux de santé et en particulier aux élus pour une meilleure appropriation et mobilisation
- Réaliser des webinaires réguliers à destination des élus locaux sur différents thèmes de santé.

Les publics ciblés

- Acteurs du système de santé dans les territoires (ES, ESMS, Professionnels, CPTS, DAC, …)
- Elus locaux
- Démocratie en santé.
- Usagers
- Bénéficiaires d'un cadre conventionnel avec l'ARS
- Etc.

Les partenaires à mobiliser

- Elus et collectivités locales/territoriales
- Conseils territoriaux de santé
- Partenaires institutionnels

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☒ Autre

3.3 Valoriser l'observation et l'exploitation des données de santé dans le pilotage territorialisé du PRS

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le Projet Régional de Santé s'intègre dans un cadre général de mise en œuvre de politiques publiques, qu'il s'agisse de la stratégie nationale de santé, des plans nationaux ou autres actions. Dans ce sens, l'observation et l'exploitation des données doit s'inscrire dans une démarche globale d'appui au pilotage.

Le premier enjeu sera de soutenir une approche territoriale des objectifs du PRS. Ainsi il faudra accompagner cette dynamique par la mise à disposition d'outils qui permettent de les appréhender à la maille géographique la plus pertinente possible, dans le respect du secret statistique. La définition des indicateurs ciblés dans chacune des fiches des parties 1 et 2 identifie ce périmètre, dans l'objectif de dégager un sens commun aux territoires.

Le deuxième enjeu sera de construire une réponse adaptée aux nouvelles modalités de déclinaison du PRS et aux enjeux et transformations du système de santé : Aller-vers, nouveaux modes d'exercice, transformation de l'offre, nouveaux métiers en santé et protocole de coopération, ressources humaines, etc.

Enfin, le troisième enjeu sera de maintenir et compléter l'offre à destination des directions métiers, des directions départementales et des partenaires. Cela passera par une inscription dans les projets mutualisés nationaux, par le développement et/ou la mise à jour de solutions locales, mais aussi par l'accompagnement et la formation des utilisateurs. Une attention particulière sera portée à la mise à disposition de solutions répondant aux besoins d'aide à la décision ou la mise en œuvre de la politique de santé par les acteurs et partenaires de l'ARS.

Pour ce faire, l'Agence Régionale de Santé s'appuiera sur des partenaires institutionnels (directions ou agences ministérielles de la santé [DREES, DNUM, ATIH, etc] et organisations nationales des statisticiens [CADOR]) et des partenaires extérieurs (ORS, CREAI, INSEE, Assurance Maladie, etc).

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Mettre à disposition les indicateurs quantitatifs identifiés dans les objectifs opérationnels et des objectifs quantifiés de l'offre de soins du schéma régional de santé ;
- Mettre à jour l'offre de service régionale à disposition ;
- Proposer aux utilisateurs métiers au sein de l'agence régionale de santé un accompagnement à la prise des outils de restitution des données de santé ;
- Mettre à disposition, en interne et en externe, les diagnostics territoriaux et des outils de restitution de la donnée ;
- Privilégier et rechercher une observation partagée des données de santé avec l'ensemble des partenaires.

3.3 Valoriser l'observation et l'exploitation des données de santé dans le pilotage territorialisé du PRS

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Organiser le recensement des besoins d'observation, en lien avec la démarche programmatique du PRS ;
- Produire des outils et méthodes de restitution des données de santé dans un cadre de relation contractuelle interne, mais aussi avec les partenaires extérieurs ;
- Développer et maintenir une offre de données (cartographies, tableaux de bord, outils de décision, etc.) adaptée au pilotage territorialisé ;
- Conduire un travail prospectif sur l'organisation des soins intégrant les impacts les évolutions attendues à moyen et long terme en matière de démographie, de coopération, d'innovation, etc. ;
- Appuyer le pilotage du PRS en produisant un outil de restitution globale des indicateurs définis dans le schéma régional de santé, déclinés à la maille territoriale définie ;
- Organiser des formations et/ou présentations des outils à disposition, à destination des opérateurs d'actions internes à l'ARS ;
- Définir une stratégie de partage des données de l'ARS, selon les besoins identifiés.

Les publics ciblés

- Acteurs institutionnels (représentants d'usagers, fédérations, URPS)
- Collectivités territoriales
- CTS
- Structures d'exercice coordonné (fédérations régionales)

Les partenaires à mobiliser

- Partenaires institutionnels : directions ou agences ministérielles de la santé (DREES, DNUM, ATIH) et organisations nationales des statisticiens (CADOR)
- Partenaires extérieurs :
  - ORS (diagnostics territoriaux)
  - CREAI (Plateforme Handata…)
  - INSEE
  - SGAR de la préfecture de Bretagne

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement

☐ Autre

3.4 Conforter l'information et la communication sur la politique régionale de santé

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La communication a comme fonction de « faire connaitre » les missions, activités, orientations, de « valoriser » l'entreprise, l'organisation, ou l'institution qu'elle sert : il s'agit de communication institutionnelle.

Appliquée aux organisations portant des missions de santé publique, elle est aussi une condition de réussite des ambitions de transformation du système de santé, des pratiques des professionnels et des comportements des usagers à condition d'être mobilisée en conséquence.

Par ailleurs, les actions territoriales menées par les ARS sont très nombreuses mais souvent connues des seuls partenaires avec qui elles sont réalisées. Il existe un enjeu fort de mieux faire connaître ces actions et leur donner davantage de visibilité.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

La stratégie de communication déployée sur 5 ans permettra de :

- Conforter l'ARS en tant que référent et pilote régional en matière d'organisation de la santé en Bretagne ;
- Accompagner/sécuriser les communications sensibles ;
- Participer à valoriser les « initiatives probantes » et le suivi des actions du Projet régional de santé ;
- Accompagner les projets des directions métiers et des délégations départementales de l'ARS ;
- Sensibiliser les populations à des comportements plus favorables à la santé ;
- Valoriser et renforcer une communication territorialisée.

Cela implique des modalités de communication réactives et personnalisées, adaptées aux modes d'information et aux outils actuels.

La cible : institutionnels, partenaires, élus, professionnels de santé, milieux associatifs, grand public, usagers, médias, agents ARS.

3.4 Conforter l'information et la communication sur la politique régionale de santé

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

En lien notamment avec le Projet régional de santé, l'ARS formalisera un plan de communication annuel qui prévoit :

- La pérennisation des médias de l'ARS (print et digitaux) : les études, rapport d'activité, la newsletter aux élus « territoire de santé », collection des modes d'emploi thématiques, sites internet, réseaux sociaux avec une rubrique dédiée au PRS ;
- La diffusion de campagnes publicitaires régionales multi médias, grand public en lien avec nos priorités et indicateurs de santé : alimentation, accès aux soins, attractivité des métiers etc… ;
- La poursuite des relations presses avec des actions « proactives » adaptées à chaque thématique et mettant en lumière tous les territoires : diffusion communiqués de presse, organisation de conférences de presse sur des actualités et/ou des initiatives innovantes, résultats etc… ;
- Le maintien de l'organisation de rencontres, séminaires d'information métiers et expérimentation de nouveaux formats en événementiels : participation à des salons métiers, thématique (carrefour d l'eau, séniors, salon des maires etc..) ;
- Appui aux dispositifs d'animation territoriale rassemblant élus, acteurs institutionnels, professionnels de santé (webinaires thématiques…)
- Renforcer la visibilité et l'usage des outils de référencement notamment le portail d'accueil des professionnels de santé (PAPS) et le service public d'information en santé : sante.fr ;
- S'appuyer sur les partenaires de l'ARS pour valoriser les initiatives / témoignages ;
- Lancement d'une chaine de Podcast « la santé de demain » en lien avec le PRS.

Les publics ciblés

- Partenaires institutionnels
- Elus
- Professionnels de santé
- Grand public
- Usagers
- Médias

Les partenaires à mobiliser

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☒ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☒ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

3.5 Assurer l'évaluation du PRS

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Le projet régional de santé est un objet complexe de politique publique. Ses actions peuvent être imbriqués dans de multiples approches et ses effets ne sont pas toujours visibles à court ou moyen terme. Ainsi, il convient de trouver un bon équilibre entre une vision globale du PRS et une vision ciblée sur des résultats concrets.

L'évaluation du projet régional de santé se doit donc d'être adaptée aux enjeux et contraintes méthodologiques de la santé publique d'une part et aux nouveaux axes d'intervention d'autres part.

Elle s'appuiera sur l'expérience des évaluations réalisées lors des projets précédents. A ces occasions, les questions évaluatives et bilans annuels ont permis de répondre aux problématiques spécifiques, initialement identifiées. Il s'agira alors de renouveler ces modalités lorsqu'elles suscitent un intérêt et de les compléter par des méthodes nouvelles, favorisant l'évolution du rapport à la santé. L'implication des citoyens sera à explorer afin de les rendre pleinement acteurs du système de santé.

L'évaluation intégrera une dimension partagée, entre prérogatives de la CRSA et celles de l'ARS, toute en en faisant un objet facile à appréhender pour les tutelles comme pour les usagers. Ainsi, elle permettra d'adapter les modes d'intervention, de nourrir et d'optimiser le pilotage de l'action de l'ARS et d'éclairer la décision sur les interventions.

Une ambition particulière sera portée au développement d'une culture commune de l'évaluation des actions de santé (FIR, CLS, art. 51). Dans ce sens, elle ne devra pas se limiter au projet lui-même mais s'élargir aux actions financées. L'ouverture vers une capacité de réflexion dans le cadre d'une approche universitaire sera recherchée pour les pilotes d'objectifs et chargés de mission. Une acculturation réciproque entre les décideurs et les chercheurs sera à développer afin de rendre cet axe opérant.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- La politique de santé régional définie par le PRS fait l'objet d'une évaluation adaptée aux enjeux méthodologiques et de participation tout au long de sa mise en œuvre ;
- L'atteinte des objectifs fixés dans le SRS est mesurée de façon quantitative et qualitative ;
- L'avis des usagers-citoyens est sollicité quant à leur perception de la santé ;
- Les actions soutenues et financées par l'ARS au travers de fonds d'interventions sont régulièrement évaluées de façon spécifique ;
- L'ARS s'engage dans le soutien et la participation aux démarches de recherche en santé, notamment dans leur composante évaluatrice ;
- Les instances de démocratie en santé sont pleinement mobilisées sur les modalités d'évaluation du PRS3.

3.5 Assurer l'évaluation du PRS

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Elaborer une méthodologie d'évaluation des objectifs du SRS suivant une démarche concertée avec les instances de démocratie sanitaire ;
- Réaliser et formaliser une évaluation annuelle de tout ou partie des objectifs du SRS suivant ce cadre méthodologique ;
- Réaliser des évaluations externes sur les projets financés par le biais de fonds d'intervention régionaux ;
- Exploiter les résultats issus des démarches d'évaluation réglementaires opposables à certains acteurs du système de santé pour nourrir l'évaluation du PRS ;
- Partager les résultats des évaluations conduites par l'ARS et ses partenaires ;
- Soutenir le développement d'une culture de l'évaluation au sein de l'ARS Bretagne et auprès de ses partenaires ;
- Envisager la mise en œuvre d'un baromètre en santé en direction des citoyens-usagers ;
- Soutenir le développement d'une expertise régionale en matière de recherche en lien avec les centres d'expertise et de recherche régionaux en sante publique, ou dans le cadre de d'autres initiatives portées par les centres de recherche attachées ;
- Suivre les indicateurs définis dans les objectifs opérationnels en lien avec les indicateurs du CPOM Etat-ARS et de la SNS.

Les publics ciblés

- Acteurs institutionnels (RU, fédérations, URPS)
- Grand public
- Collectivités territoriales
- CTS

Les partenaires à mobiliser

- CRSA
- DIRESS/ FAC et écoles / Agences nationales/ partenaires institutionnels suivant thématique (région, département, etc.)
- CADOR

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☐ Evaluation
☒ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☒ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☒ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☒ Formation	☐ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

3.6 Conforter la démocratie en santé dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS

Les enjeux : Pourquoi agir ?

L'implication de l'ensemble des instances de démocratie en santé constitue une nécessité pour relever les défis posés au système de santé breton et une condition de réussite pour la territorialisation de la politique de santé régionale.

Les enjeux actuels et les orientations du projet régional de santé nécessitent d'être discutées avec les représentants des institutions, des collectivités, des professionnels et des usagers, réunis au sein des instances de démocratie en santé, Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie (CRSA) et Conseils territoriaux de Santé (CTS). Elles constituent des lieux privilégiés de dialogue et de contribution concernant la politique de santé régionale et sa déclinaison opérationnelle. Elles agissent également pour la sensibilisation de la population par des actions participatives et favorisent les questionnements et les propositions des acteurs de terrain.

Le décret du 28 juin 2021 relatif à la CRSA a augmenté les compétences de cette instance et accordé un poids plus important aux CTS. La CRSA est associée aux travaux d'évaluation du PRS, ainsi qu'aux retours d'expérience et travaux conduits en vue d'évaluer la mise en œuvre des mesures prises.

La place des instances de démocratie en santé est appelée à se renforcer afin de porter toutes les sensibilités et développer des actions coordonnées en matière de santé. Si la dynamique bretonne est déjà bonne, le rôle des CTS est particulièrement appelé à se renforcer dans le cadre de la territorialisation de la politique de santé. Leur capacité à mobiliser les acteurs locaux et usagers sera précieuse afin de consolider le développement des différents vecteurs de contractualisation territoriaux comme les contrats locaux de santé ou de la participation des usagers et citoyens.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Garantir la contribution régulière de la démocratie en santé sur la mise en œuvre de la politique de santé régionale ;
- Associer la démocratie en santé à l'évaluation du projet régional de santé ;
- Accompagner les initiatives partagées de la CRSA et des CTS ;
- Renforcer le rôle des conseils territoriaux de santé dans le soutien aux expérimentations innovantes ;
- Développer l'expression et la participation des usagers et citoyens dans le cadre des instances de démocratie en santé.

3.6 Conforter la démocratie en santé dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Développer une animation contributive des instances de démocratie en santé ;
- Organiser une information partagée et régulière des acteurs sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé, ainsi que sur des thèmes sujets à des évolutions structurantes ;
- Former les nouveaux membres des instances en début de mandature à leurs missions ;
- Organiser un processus de concertation approfondi et territorialisé sur les orientations régionales en matière de santé ;
- Accompagner la CRSA et les CTS dans la définition et la mise en œuvre des modalités d'articulation de leurs travaux respectifs ;
- Agir en faveur de la visibilité des avis des instances vers le grand public ;
- Favoriser l'organisation de consultations citoyennes et le recours à des démarches participatives dans le cadre des travaux des instances de démocratie en santé ;
- Renforcer l'articulation entre les conseils territoriaux de santé et la gouvernance des contrats locaux de santé (CLS) et des contrats locaux de santé mentale (CLSM) ;
- Concerter la CRSA et les CTS dans la définition d'une méthode d'évaluation du PRS et la production de bilans annuels ;
- Soutenir les initiatives et expérimentations en matière d'évaluation de la mise en œuvre du PRS, notamment avec des compétences universitaires ou de recherche.

Les publics ciblés

- Instances de démocratie en santé
- Usagers

Les partenaires à mobiliser

- Elus et collectivités locales/territoriales
- Conseils territoriaux de santé
- Partenaires institutionnels

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation	☒ Evaluation
☐ Financement	☐ Inspection/contrôle
☐ Investissements	☐ Animation territoriale
☐ Contractualisation	☐ Surveillance et observation de la santé
☒ Innovation	☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Numérique en santé	☒ Partenariat institutionnel
☐ Formation	☒ Mobilisation de la démocratie en santé

☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☒ Autre

3.7 Renforcer les partenariats institutionnels pour favoriser la coordination des politiques publiques

Les enjeux : Pourquoi agir ?

Concevoir et mettre en œuvre des interventions portant sur la politique régionale de santé met en jeu un ensemble de compétences réglementaires et techniques relevant d'acteurs et de domaines multiples. De plus, la pertinence et l'efficacité des actions menées dépend également de la bonne association de l'ensemble des parties prenantes. C'est en favorisant des synergies, avec les acteurs extérieurs que l'ARS Bretagne souhaite faire progresser la prise en compte de la santé dans toutes les politiques.

L'ARS entend également capitaliser sur les expériences et les partenariats construits lors du PRS 2018-2022 et les expériences issues de la crise sanitaire, et se positionner comme moteur de coalitions d'acteurs en faveur de l'amélioration de la santé des bretons

Des partenariats stratégiques seront également consolidés ou renforcés avec les autres services de l'Etat, Education Nationale, Conseils départementaux, Conseil régional, collectivités, Assurance Maladie, URPS… Le protocole pluriannuel interministériel signé en avril 2022 entre le ministère de la Santé, le ministère des Armées et le ministère des Finances sera également décliné en contrat spécifique entre la Directrice générale de l'ARS Bretagne, l'Officier général de la zone de défense, le Directeur central du Service de santé des armées et le référent en région du Service de santé des armées.

Ces principes ont également vocation à nourrir l'animation territoriale, en particulier pour favoriser la cohérence et les synergies entre les projets de santé portés par les collectivités (CLS, CLSM), les projets de santé des CPTS et ceux des établissements de santé ou médico-sociaux.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Mettre en synergie des politiques favorables à la santé pour chaque territoire ;
- Porter la promotion de la santé comme un enjeu transversal aux politiques publiques ;
- Développer et renforcer des alliances à l'échelle régionale avec les acteurs des politiques publiques ;
- Affirmer le rôle moteur de l'ARS dans les politiques interministérielles concernant la santé.

3.7 Renforcer les partenariats institutionnels pour favoriser la coordination des politiques publiques

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Faire un état des lieux des partenariats et les consolider autour de questions populationnelles ou thématiques (conventions, contrats, protocoles…)
- Cadres d'élaboration régionaux autour de thématiques (Commissions thématiques, CRSA, déploiement du programme d'actions partagées…)
- Cadres politiques et techniques d'élaboration et de pilotage de projets de santé territoriaux (CLS, CLSM, CPTS, CNR…)

Les publics ciblés

Les partenaires à mobiliser

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation
☐ Financement
☐ Investissements
☐ Contractualisation
☐ Innovation
☐ Numérique en santé
☐ Formation
☐ Evaluation
☐ Inspection/contrôle
☐ Animation territoriale
☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Partenariat institutionnel
☐ Mobilisation de la démocratie en santé
☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

3.8 Poursuivre la mobilisation des élus pour soutenir la déclinaison territoriale du PRS

Les enjeux : Pourquoi agir ?

La politique de santé doit se construire au plus près des besoins de la population et repose toujours sur l'engagement et la mobilisation des acteurs de terrain. Les élus locaux, en particulier, occupent dans ces dynamiques un rôle central.

Au contact direct des attentes et des besoins des habitants de leur territoire, ils sont les animateurs par excellence du dialogue territorial, capables de faire converger les points de vue et de fédérer les initiatives pour permettre l'émergence des solutions les plus pertinentes. Ils détiennent d'ailleurs souvent une part de ces solutions eux-mêmes, au travers des compétences qu'ils exercent, qu'il s'agisse de l'aménagement urbain ou de la gestion des services publics locaux.

Pour jouer pleinement ce rôle, ils doivent disposer de toutes les informations nécessaires sur les dispositifs existants, la réglementation et ses évolutions, ainsi que les interlocuteurs divers. L'ARS doit poursuivre son accompagnement que ce soit dans le cadre du renforcement des partenariats existants ou pour favoriser l'émergence de solutions, de propositions innovantes (CNR) permettant de répondre au besoin de la population et de ses élus.

Afin de répondre aux attentes légitimes en faveur d'une meilleure proximité des actions, l'ARS s'engage à mettre en œuvre une offre de services claire, ambitieuse et partagée avec les partenaires territoriaux, en particulier les élus.

Les objectifs poursuivis : Quelle cible à atteindre ?

- Renforcer la sensibilisation et la capacité de mobilisation, d'action des élus locaux autour de la santé ;
- Porter la place de la santé des habitants comme enjeu de la Politique de la Ville ;
- Proposer des éléments méthodologiques concrets pour guider les initiatives des élus ;
- Mettre en valeur les démarches portées avec succès par d'autres collectivités territoriales.

3.8 Poursuivre la mobilisation des élus pour soutenir la déclinaison territoriale du PRS

Les principales actions à mener :

Que veut-on faire ?

- Renforcer la démarche d'animation territoriale : poursuivre l'engagement pour développer des dynamiques et pérenniser des collectifs durables du CNR santé dans les territoires ;
- Couvrir l'ensemble des territoires d'un CLS, CLSM ;
- Définir avec les élus des espaces de nouveaux espaces de dialogues réguliers sur des thématiques prioritaires sur lesquelles des résultats sont le plus attendus ;
- Outiller et assurer un service de réponse adapté aux demandes et besoins des élus.

Les publics ciblés

Les partenaires à mobiliser

Les leviers et modalités de mise en œuvre

☐ Réglementation
☐ Financement
☐ Investissements
☐ Contractualisation
☐ Innovation
☐ Numérique en santé
☐ Formation
☐ Evaluation
☐ Inspection/contrôle
☐ Animation territoriale
☐ Surveillance et observation de la santé
☐ Démarche d'amélioration continue de la qualité
☐ Partenariat institutionnel
☐ Mobilisation de la démocratie en santé
☐ Coordination des acteurs du soin et de l'accompagnement
☐ Autre

ARS

R53-2025-06-23-00006

290037811 2025 06 23 CONCARNEAU

Délégation départementale du Finistère
Département de l'offre de soin, autonomie et prévention

ARRETE

portant modification de la capacité de l'autorisation de l'EHPAD Avel Genwerzh situé à CONCARNEAU géré par la Fondation Massé trévidy

et fixant la capacité à 108 places

FINESS : 290037811

Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne,

Le Président du Conseil départemental du Finistère,

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles :

- L.312-1 et suivants définissant le champ des établissements et service médico-sociaux ;
- L.313-1 à L.313-9 relatifs aux autorisations ;
- R.313-1 à R.313-10-2 relatifs aux modalités d'autorisations de création de transformation, d'extension, des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- D312-0-1 à D312-10 relatifs aux prestations délivrées ;
- D312-10-01 à D312-176-4-26 relatifs aux conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements ;
- D.313-11 à D.313-14 relatifs aux contrôles de conformité mentionnés à l'article L.313-6 ;

Vu la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale et notamment son article 135 ;

Vu le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques ;

Vu le Projet Régional de Santé de l'ARS Bretagne arrêté le 27 octobre 2023 ;

Vu le décret du 1er février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA en qualité de Directrice générale de l'agence régionale de santé de Bretagne ;

Délégation départementale du Finistère
5 venelle de Kergos
29324 QUIMPER Cedex
Tél : 02.98.64.50.50
www.ars.bretagne.sante.fr

Conseil départemental du Finistère
32 boulevard Dupleix
CS 29029
29196 Quimper Cedex
02.98.76.20.20
www.finistere.fr

Vu la délibération du 01/07/2021 portant élection de Monsieur Maël DE CALAN à la Présidence du Conseil départemental du Finistère ;

Vu la décision du 13 février 2023 portant délégation de signature de la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne à Monsieur Malik LAHOUCINE ;

Vu l'arrêté du 12 février 2021 portant création de l'EHPAD Avel Genwerzh géré par la Fondation Massé Trévidy situé à Concarneau, d'une capacité de 108 places ;

Vu l'arrêté d'autorisation du 14 novembre 2022 diminuant de 40 places la capacité de l'EHPAD Avel Genwerzh géré par la Fondation Massé Trévidy situé à Concarneau, et portant sa capacité à 68 places ;

Vu le dernier arrêté d'autorisation en date du 30/11/2022 portant création d'un pôle d'activités de soins adaptés (PASA) à l'EHPAD Avel Genwerzh géré par la Fondation Massé Trévidy situé à Concarneau et maintenant la capacité à 68 places ;

Considérant que la Fondation Massé Trévidy a proposé de mettre à disposition 40 chambres de son EHPAD de Concarneau, à disposition du CIAS de Quimper Bretagne Occidentale pour permettre la continuité de l'activité de l'EHPAD Coat Kerhuel, sinistré par un incendie le 9 juin 2022 ;

Considérant qu'en application de cet accord, une convention a été passée avec les deux gestionnaires, qu'un arrêté a été pris pour diminuer la capacité de l'EHPAD Avel Genwerzh de 40 places, et qu'un autre arrêté a été pris pour reconnaître à l'EHPAD Coat Kerhuel un site de 40 lits dans les locaux de Concarneau ;

Considérant que la Fondation Massé Trévidy, par courrier en date du 5 mai 2025 a confirmé le départ des résidents de l'EHPAD Coat Kerhuel et la possible remise en fonctionnement des 40 places d'hébergement libérées pour revenir à la capacité initiale autorisée de 108 lits ;

Considérant la nécessité de modifier en conséquence l'arrêté d'autorisation de l'EHPAD Avel Genwerzh suite au déménagement des 40 lits gérés par l'EHPAD Coat Kerhuel ;

ARRETENT

Article 1er :

La Fondation Massé Trévidy est autorisée à augmenter de 40 places la capacité de l'EHPAD Avel Genwerzh situé à Concarneau. La capacité totale est de 108 places

L'autorisation prend effet à compter du 11 mars 2025.

L'autorisation est délivrée dans le cadre du fonctionnement suivant :

- 108 places d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes,
- dont 12 places de PASA.

Article 2 :

Les bénéficiaires sont des personnes âgées dépendantes et/ou personnes Alzheimer ou maladies apparentées.

Délégation départementale du Finistère
5 venelle de Kergos
29324 QUIMPER Cedex
Tél : 02.98.64.50.50
www.ars.bretagne.sante.fr

Conseil départemental du Finistère
32 boulevard Dupleix
CS 29029
29196 Quimper Cedex
02.98.76.20.20
www.finistere.fr

Article 3 :

L'établissement est répertorié au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux de la manière suivante :

Raison sociale de l'Entité Juridique (EJ) : Fondation Massé Trévidy
Adresse : 39, rue de la Providence29000 QUIMPER
N° FINESS : 290007459
SIREN : 777582743
Code statut juridique : 63 Fondation

La capacité totale de l'établissement est fixée à 108 places, dont 12 places sont réservées au PASA et réparties de la façon suivante :

Etablissement principal :

Raison sociale de l'établissement (ET) : EHPAD Avel Genwerzh
Adresse : 2, cours Charlemagne 29930 CONCARNEAU
N° FINESS : 290037811
SIRET : 77758274300426
Code catégorie : 500 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD
Code MFT : 45 - ARS PCD TP HAS NPUI

Activité médico-sociale 1

Code discipline : 924 - Accueil pour personnes âgées
Code activité : 11 Hébergement Complet Internat
Code clientèle : 436 Personnes Alzheimer ou maladies apparentées
Capacité : 108

Activité médico-sociale 2

Code discipline : 961 - PASA - Pôles d'activité et de soins adaptés (capacité = 0)
Code activité : 21 Accueil de Jour
Code clientèle : 436 Personnes Alzheimer ou maladies apparentées
Capacité : 0

Article 4 :

Il est rappelé que l'autorisation est accordée pour 15 ans depuis la date de renouvellement de l'autorisation de la structure, le 12 février 2021. Son renouvellement est subordonné aux résultats de l'évaluation mentionnée à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Article 5 :

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement ou du service, au regard des caractéristiques prises en considération pour son autorisation, devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente concernée. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de cette dernière.

La présente décision peut être contestée par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou, à l'égard des tiers, à compter de sa publication.

Délégation départementale du Finistère
5 venelle de Kergos
29324 QUIMPER Cedex
Tél : 02.98.64.50.50
www.ars.bretagne.sante.fr

Conseil départemental du Finistère
32 boulevard Dupleix
CS 29029
29196 Quimper Cedex
02.98.76.20.20
www.finistere.fr

Article 6 :

Le directeur de la délégation du Finistère de l'ARS, la Directrice générale des services du Conseil départemental du Finistère et le gestionnaire de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Bretagne.

Fait à Quimper, le

2 3 JUIN 2025

P/ Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,
le Directeur général adjoint

Malik LAHOUCINE

Le Président du Conseil départemental,

Maël DE CALAN

Délégation départementale du Finistère
5 venelle de Kergos
29324 QUIMPER Cedex
Tél : 02.98.64.50.50
www.ars.bretagne.sante.fr

Conseil départemental du Finistère
32 boulevard Dupleix
CS 29029
29196 Quimper Cedex
02.98.76.20.20
www.finistere.fr

ARS

R53-2025-06-26-00003

Arrêté composition CRAE du 26 juin 2025

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

Direction adjointe de l'Hospitalisation
Département des professions de santé en établissement

ARRETE

portant composition des Commissions compétentes pour l'examen des demandes d'attestation d'exercice provisoire mentionnées aux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12-1 du code de la santé publique, dont le ressort est régional.

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles L.4111-2-1 et L4221-12-1 ;

Vu la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et notamment son article 35 ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret en date du 1er février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA, en qualité de Directrice générale de l'ARS Bretagne ;

Vu le décret n° 2024-1191 du 19 décembre 2024 relatif aux modalités de délivrance de l'attestation permettant un exercice provisoire mentionnée aux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12-1 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté modifié du 16 janvier 2025 fixant le ressort géographique des commissions compétentes pour l'examen des demandes d'attestation d'exercice provisoire mentionnées aux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12-1 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 13 février 2025 portant modification de l'arrêté du 16 janvier 2025 fixant le ressort géographique des commissions compétentes pour l'examen des demandes d'attestation d'exercice provisoire mentionnées aux articles L.4111-2-1 et L.4221-12-1 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 16 janvier 2025 modifiant l'arrêté du 27 octobre 2014 relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française pour l'application des articles L. 4111-2-I et I bis, L. 4221-12 et L. 4221-9 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté DGARS en date du 17 mars 2025 portant fixation, au titre de l'année 2025, des périodes de réception des dossiers de demandes tendant à l'obtention des attestations d'exercice provisoire.

Vu la décision en date du 15 juillet 2024 portant délégation de signature de la Directrice générale de l'ARS Bretagne à Madame Céline CASTELAIN-JEDOR, Directrice adjointe de l'hospitalisation ;

Considérant les désignations de Monsieur le Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Bretagne ;

Considérant les désignations de Mesdames les Doyennes des facultés de médecine de Brest et Rennes ;

Considérant les désignations sur proposition conjointe des organisations syndicales et associatives nationales représentant les praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

6 place des Colombes
CS 14253
35000 Rennes Cedex

La Directrice générale de
l'Agence Régionale de Santé Bretagne

DECIDE

Article 1 : **Pour les spécialités d'anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et traumatologique, gériatrie, médecine cardiovasculaire, médecine générale, radiologie et imagerie médicale,** les commissions compétentes pour l'examen des demandes d'attestation d'exercice provisoire sont composées comme suit :

Anesthésie-réanimation			
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires qualifiés dans la spécialité concernée ou les enseignants titulaires de médecine générale	TITULAIRE	BELOEIL	Hélène
	SUPPLEANT	NESSELER	Nicolas
	TITULAIRE	LANGERON	Olivier
	SUPPLEANT	CAILLARD	Anais
Représentants désignés sur proposition du président du CNOM lorsque la commission est nationale, sur proposition du président du conseil régional de l'ordre des médecins concerné	TITULAIRE	BOURDONNEC	Patrick
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
	TITULAIRE	En cours de désignation	
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
Professionnel qualifié dans la spécialité concernée, désigné sur proposition conjointe des organisations syndicales et associatives nationales représentant les praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'UE ou de l'EEE.	En cours de désignation		

Chirurgie orthopédique et traumatologique			
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires qualifiés dans la spécialité concernée ou les enseignants titulaires de médecine générale	TITULAIRE	ROPARS	Mickaël
	SUPPLEANT	COMMON	Harold
	TITULAIRE	LÉTISSIER	Hoël
	SUPPLEANT	HENRI	Mard
Représentants désignés sur proposition du président du CNOM lorsque la commission est nationale, sur proposition du président du conseil régional de l'ordre des médecins concerné	TITULAIRE	GUNEPIN	François-Xavier
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
	TITULAIRE	En cours de désignation	
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
Professionnel qualifié dans la spécialité concernée, désigné sur proposition conjointe des organisations syndicales et associatives nationales représentant les praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'UE ou de l'EEE.	DAHMAM	Amirouche	

Gériatrie			
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires qualifiés dans la spécialité concernée ou les enseignants titulaires de médecine générale	TITULAIRE	SOMME	Dominique
	SUPPLEANT	CORVOL	Aline
	TITULAIRE	GENTRIC	Armelle
	SUPPLEANT	MARONNAT	Florian
Représentants désignés sur proposition du président du CNOM lorsque la commission est nationale, sur proposition du président du conseil régional de l'ordre des médecins concerné	TITULAIRE	CATTENOZ	Catherine
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
	TITULAIRE	En cours de désignation	
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
Professionnel qualifié dans la spécialité concernée, désigné sur proposition conjointe des organisations syndicales et associatives nationales représentant les praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'UE ou de l'EEE.	TITULAIRE	BENBOUAZIZ	Nadji
	SUPPLEANT	ZAOU	Areki

Médecine cardiovasculaire			
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires qualifiés dans la spécialité concernée ou les enseignants titulaires de médecine générale	TITULAIRE	LECLERCQ	Christophe
	SUPPLEANT	AUFFRET	Vincent
	TITULAIRE	MANSOURATI	Jacques
	SUPPLEANT	LE VEN	Florent
Représentants désignés sur proposition du président du CNOM lorsque la commission est nationale, sur proposition du président du conseil régional de l'ordre des médecins concerné	TITULAIRE	CAZENAVE	Patrick
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
	TITULAIRE	LE PODER	Jean-François
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
Professionnel qualifié dans la spécialité concernée, désigné sur proposition conjointe des organisations syndicales et associatives nationales représentant les praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'UE ou de l'EEE.	En cours de désignation		

Médecine générale			
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires qualifiés dans la spécialité concernée ou les enseignants titulaires de médecine générale	TITULAIRE	CHHOR	Sidonie
	SUPPLEANT	LE DOUARON	Pierre
	TITULAIRE	LE GOFF	Delphine
	SUPPLEANT	BARAIS	Marie
Représentants désignés sur proposition du président du CNOM lorsque la commission est nationale, sur proposition du président du conseil régional de l'ordre des médecins concerné	TITULAIRE	PLOUHINEC	Bernard
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
	TITULAIRE	En cours de désignation	
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
Professionnel qualifié dans la spécialité concernée, désigné sur proposition conjointe des organisations syndicales et associatives nationales représentant les praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'UE ou de l'EEE.	TITULAIRE	SEDKAOUI	Alexandre
	SUPPLEANT	BOUDINAR	Mounia

Radiologie et imagerie médicale			
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires qualifiés dans la spécialité concernée ou les enseignants titulaires de médecine générale	TITULAIRE	LEDERLIN	Mathieu
	SUPPLEANT	FERRE	Jean-Christophe
	TITULAIRE	OGNARD	Julien
	SUPPLEANT	GENTRIC	Jean Christophe
Représentants désignés sur proposition du président du CNOM lorsque la commission est nationale, sur proposition du président du conseil régional de l'ordre des médecins concerné	TITULAIRE	CARSIN	Michel
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
	TITULAIRE	BATAIL	Pierrick
	SUPPLEANT	En cours de désignation	
Professionnel qualifié dans la spécialité concernée, désigné sur proposition conjointe des organisations syndicales et associatives nationales représentant les praticiens titulaires d'un diplôme acquis en dehors de l'UE ou de l'EEE.	En cours de désignation		

Article 2 : Les membres de la commission sont nommés pour une durée de cinq ans, renouvelable par arrêté du Directeur général de l'agence régionale de santé lorsque la commission est régionale ou par arrêté conjoint des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées lorsque la commission est interrégionale.
Toute vacance donne lieu à une nouvelle désignation pour la durée du mandat restant à courir ;

Article 3 : Les commissions régionales d'autorisation d'exercice sont présidées par la Directrice générale de l'ARS ou son représentant.

Article 4 : Le secrétariat des commissions est assuré par l'ARS territorialement compétente lorsque la commission se tient à un niveau régional et de manière conjointe entre le CNG et le CNOM lorsque la commission est nationale.

Article 5 : Un recours contentieux peut être formé devant le Tribunal Administratif de Rennes, 3 Contour de la Motte – 35044 RENNES Cedex, par tout intéressé dans un délai de deux mois à compter de la publication du présent arrêté. Le tribunal administratif peut être saisi de manière dématérialisée par l'application « Télé recours citoyens » accessible par le site https://www.telerecours.fr.

Article 6 : Madame la responsable du département des professions de santé en établissements de l'Agence régionale de Santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui est publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Fait à Rennes, le 26 juin 2025

La Directrice adjointe de l'hospitalisation
de l'Agence régionale de santé,

Céline CASTELAIN-JEDOR

ARS

R53-2025-06-23-00005

Arrêté constatant la cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie à BREST (29)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

Direction de la Stratégie Régionale en Santé
Direction Adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé

ARRÊTÉ

constatant la cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie à BREST (29)

La Directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne

VU le code de la santé publique et notamment les articles L5125-5-1 et L5125-22 ;

VU le décret du 1er février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne à compter du 13 février 2023 ;

VU la décision du 1er octobre 2023 portant délégation de signature de la directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne à Madame Anna SEZNEC ;

VU l'arrêté préfectoral du 05 juin 1962 portant autorisation de création de l'officine de pharmacie sise 69 rue Anatole France à BREST (29200) sous le numéro de licence 29#000104 ;

VU le dossier reçu à l'ARS le 22 mai 2025, et complété le 06 juin 2025, de Monsieur Frédéric BYDLON, pharmacien titulaire de l'EURL « PHARMACIE BYDLON », sise 69 rue Anatole France à BREST (29200), relatif à la fermeture définitive de son officine à compter du 30 septembre 2025 (24h00) dans le cadre d'une restructuration du réseau officinal donnant lieu à indemnisation ;

VU l'avis favorable en date du 16 juin 2025 émis sur ce projet par la directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne ;

ARRETE

Article 1er : Il est pris acte de la cessation définitive d'activité à compter du 30 septembre 2025 (24h00) de l'officine de pharmacie sise 69 rue Anatole France à BREST (29200). La licence n° 29#000104 attachée à cette officine est caduque à compter de cette même date.

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.
Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 : La directrice de la stratégie régionale en santé de l'agence régionale de santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Bretagne.

Fait à Rennes, le 23 juin 2025

P/ la directrice générale
de l'Agence régionale de santé Bretagne,
La directrice de la stratégie régionale en santé

Anna SEZNEC

CS 14253 - 35042 RENNES Cedex
Standard : 02.90.08.80.00
www.bretagne.ars.sante.fr

ARS

R53-2025-06-16-00007

Arrêté portant modification de dénomination de l'adresse d'une officine de pharmacie à BREHAN (56)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

Direction de la Stratégie Régionale en Santé
Direction Adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé

ARRETE
portant modification de dénomination de l'adresse d'une officine de pharmacie à BREHAN (56)

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

VU le code de la santé publique, notamment l'article R5125-11 ;

VU le décret du 1er février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne à compter du 13 février 2023 ;

VU la décision du 1er octobre 2023 portant délégation de signature de la directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne à Madame Anna SEZNEC ;

VU l'arrêté du 26 avril 2004 portant autorisation de création d'une officine de pharmacie à l'adresse : la Lande de Nohais à BREHAN (56580) sous le n° de licence 56#001326 ;

VU le dossier reçu le 05 juin 2025, relatif au changement de dénomination de l'adresse de la SELAS « PHARMACIE GUILLERMIC CATHERINE », dont les pharmaciennes titulaires sont Mesdames Catherine GUILLERMIC, Virginie GOURGUECHON et Catherine ROPERT, à BREHAN (56580) ;

VU le certificat de numérotage de la Mairie de BREHAN (56580) en date du 05 juin 2025, indiquant que l'immeuble cadastré OB N°115, sur laquelle est localisée la pharmacie, se situe à l'adresse suivante : 35 rue Châteaubriand à BREHAN (56580) ;

ARRETE

Article 1 : Suite à une modification, l'adresse de l'officine de pharmacie ayant fait l'objet de la licence n° 56#001326, accordée par arrêté du 26 avril 2004, est 35 rue Châteaubriand à BREHAN (56580).

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.
Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 : La Directrice de la Stratégie Régionale en Santé de l'agence régionale de santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Bretagne.

Fait à Rennes, le 16 juin 2025

P/ la directrice générale
de l'Agence régionale de santé Bretagne,
La directrice de la stratégie régionale en santé

Anna SEZNEC

CS 14253 - 35042 RENNES Cedex
Standard : 02.90.08.80.00
www.bretagne.ars.sante.fr

ARS

R53-2025-06-16-00006

Arrêté portant modification de dénomination de l'adresse d'une officine de pharmacie à PLOUEZEC (22)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

Direction de la Stratégie Régionale en Santé
Direction Adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé

ARRETE
portant modification de dénomination de l'adresse d'une officine de pharmacie à PLOUEZEC (22)

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

VU le code de la santé publique, notamment l'article R5125-11 ;

VU le décret du 1er février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne à compter du 13 février 2023 ;

VU la décision du 1er octobre 2023 portant délégation de signature de la directrice générale de l'agence régionale de santé Bretagne à Madame Anna SEZNEC ;

VU l'arrêté du 06 mars 2025 portant autorisation de transfert d'une officine de pharmacie à l'adresse : rue de la Poste - le Bourg à PLOUEZEC (22470) sous le n° de licence 22#000797 ;

VU le dossier reçu le 13 mai 2025, relatif au changement de dénomination de l'adresse de l'EURL « PHARMACIE KERBOETHAU », dont le pharmacien titulaire est Monsieur Pierre KERBOETHAU, à PLOUEZEC (22470) ;

VU le certificat de numérotage de la Mairie de PLOUEZEC (22470) en date du 29 janvier 2025, indiquant que la parcelle AN N°369, sur laquelle est située la pharmacie, porte désormais le numéro 3 rue Simone Veil ;

ARRETE

Article 1 : Suite à une modification, l'adresse de l'officine de pharmacie ayant fait l'objet de la licence n° 22#000797, accordée par arrêté du 06 mars 2025, est 3 rue Simone Veil à PLOUEZEC (22470).

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.
Le tribunal administratif peut être saisi par l'application « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 3 : La Directrice de la Stratégie Régionale en Santé de l'agence régionale de santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Bretagne.

Fait à Rennes, le 16 juin 2025

P/ la directrice générale
de l'Agence régionale de santé Bretagne,
La directrice de la stratégie régionale en santé

Anna SEZNEC

CS 14253 - 35042 RENNES Cedex
Standard : 02.90.08.80.00
www.bretagne.ars.sante.fr

ARS

R53-2025-06-24-00002

Arrêté portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Bretagne

ARRETE

portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière a l'urgence pré-hospitalière du 16 février 2023

LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE BRETAGNE

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6311-2, L. 6312-1 à L. 6312-5, R. 6311-2, R. 6312-17-1 à R. 6312-23-2, R. 6312-29 à R. 6312-43 ;

Vu le code de la route, notamment l'article R. 311-1 ;

Vu le décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire ;

Vu le décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires ;

Vu le décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme de la garde ambulancière et des transports sanitaires urgents ;

Vu le décret du 1er février 2023 portant nomination de la Directrice générale de l'agence régionale de santé de Bretagne – Mme NOGUERA Elise ;

Vu l'arrêté ministériel du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres ;

Vu l'arrêté du 26 avril 2022 relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental ;

Vu l'arrêté du 26 avril 2022 relatif aux plafonds d'heures de garde pour l'organisation de la garde prévue à l'article R. 6312-19 du code de la santé publique, modifié dans son annexe par l'arrêté du 11 juillet 2022 ;

Vu l'arrêté du 1er juillet 2023 portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière du 16 février 2023 ;

Vu l'arrêté du 28 décembre 2023 portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière du 16 février 2023 ;

Vu l'arrêté du 1er avril 2024 portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière du 16 février 2023 ;

Vu l'arrêté du 19 décembre 2024 portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière du 16 février 2023 ;

Vu l'instruction n° DGOS/R2/DSS/1A/DGSCGC/BOMSIS/ du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde ;

Vu l'accord cadre du 4 mai 2000 sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels des entreprises de transports sanitaires terrestres ;

Vu la convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale et ses avenants ;

Vu les principes directeurs et mesures relatifs au cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière, déclinés par département et présentés en CODAMUPS-TS 22 le 19 octobre 2022, en CODAMUPS-TS 29 le 27 octobre 2022, en CODAMUPS-TS 35 le 10 novembre 2022 et en CODAMUPS-TS 56 le 26 octobre 2022 ;

Vu l'avis des membres du CODAMUPS-TS des Côtes-d'Armor le 2 juin 2025 ;

Considérant que la réforme des transports sanitaires urgents a pour objectifs d'améliorer l'accès des patients aux transports sanitaires urgents sur l'ensemble du territoire, d'organiser la réponse H24 à l'urgence pré-hospitalière, de réduire le nombre de carences et recentrer le SIS sur ses missions et de rechercher l'équilibre économique de chaque secteur de garde ;

ARRETE

Article 1 : L'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023 est modifié comme suit :

L'annexe 3 relative à la composition communale des secteurs de garde et organisation de la garde par département est modifiée par les dispositions suivantes :

Département des Côtes-d'Armor (page 27) :

A compter du 1er juillet 2025 :

Secteur 02 - LOUDEAC :
Reprise par les transporteurs sanitaires privés des lignes suivantes :

- 22h à 08h le vendredi
- 19h à 05h le samedi et le dimanche

Secteur 03 - ROSTRENEN :
Reprise par les transporteurs sanitaires privés des lignes suivantes :

- 21h à 07h du lundi au vendredi
- 19h à 05h le samedi, le dimanche et les jours fériés en semaine

Secteur 05 - SAINT-BRIEUC :

- Ajout d'une ligne de garde de 17h à 21h du lundi au vendredi
- Ajout d'une ligne de garde le samedi de 14h à 21h
- Ajout d'une ligne de garde le dimanche et les jours fériés de 11h à 19h

Article 2 : Le cahier des charges modifié figure en annexe du présent arrêté.

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours administratif ou d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou, à l'égard des tiers, de sa publication. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site www.telerecours.fr.

Article 4 : Le Directeur de la délégation départementale des Côtes d'Armor de l'Agence Régionale de Santé Bretagne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de Région et de la Préfecture des Côtes d'Armor.

Fait à Rennes, le 24/06/2025

Pour la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Bretagne,
La Directrice de la stratégie régionale de santé,

Anna SEZNEC

Annexe 1 :
Cahier des charges régional portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière en Bretagne

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Bretagne

2025

Cahier des charges portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière en région Bretagne



Version en vigueur au 1er juillet 2025

AVERTISSEMENT

Cette nouvelle version du cahier des charges de l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière en région Bretagne intègre les modifications qui entrent en vigueur à partir du 1er juillet 2025 (pages 18 à 26)

ARS - R53-2025-06-24-00002 - Arrêté portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023

Sommaire

PRÉAMBULE

ARTICLE 1 : PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA GARDE ET DES TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS ET IMPLICATION DES INTERVENANTS

2.1. Responsabilité des intervenants

2.2. Sanctions en cas de manquement aux obligations

ARTICLE 3 : RÔLE DE L'ATSU

3.1 Organisation de la garde et des transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires

3.2. Suivi de l'activité de transport sanitaire urgent et garant de son bon fonctionnement

3.3. Impulsion et pilotage de la démarche qualité liée à l'activité des transports sanitaires urgents

3.4. Rôle institutionnel

3.5. Moyens dévolus à l'ATSU pour la mise en œuvre de ses missions

ARTICLE 4 : SECTORISATION ET HORAIRES DE LA GARDE

4.1. Horaires, secteurs et nombre de véhicules affectés à la garde

4.2. Indemnité de substitution pour les SIS sur les secteurs non couverts par une garde ambulancière

ARTICLE 5 : ORGANISATION DE LA GARDE

5.1. Affectation des entreprises sur les secteurs

5.2. Élaboration du tableau de garde

5.3. Modification du tableau de garde

5.4. Non-respect du tour de garde

5.5. Définition des locaux de garde [le cas échéant]

ARTICLE 6 : RENFORT DES MOYENS DE GARDE

ARTICLE 7 : COORDONNATEUR AMBULANCIER

7.1. Horaires, statut et localisation

7.2. Missions

7.3 Moyens de communication et systèmes d'informations

ARTICLE 8 : SOLLICITATION DES MOYENS DE GARDE ET HORS GARDE

8.1. Géolocalisation

8.2. Sollicitation par le coordonnateur ambulancier

8.3. Recours au véhicule de garde d'un autre secteur

8.4. Indisponibilité injustifiée de l'entreprise de garde

8.5. Délais d'intervention

ARTICLE 9 : MOYENS MATÉRIELS DU TRANSPORT SANITAIRE URGENT

9.1. Moyens

9.2. Sécurité sanitaire

9.3. Sécurité routière

ARTICLE 10 : MESURES D'HYGIÈNE ET DE DÉSINFECTION

10.1. Protocoles d'hygiène et de désinfection

10.2. Traçabilité

ARTICLE 11 : ÉQUIPAGE AMBULANCIER

11.1. Equipage

11.2. Formation continue

ARTICLE 12 : DYSFONCTIONNEMENTS ET ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

ARTICLE 13 : SUIVI ET ÉVALUATION

ARTICLE 14 : RÉVISION

ARTICLE 15 : PRISE D'EFFET

ANNEXES

Annexe 1 : Références règlementaires

Annexe 2 : Cartographie régionale des secteurs de la garde ambulancière

Annexe 3 : Composition communale des secteurs de garde et organisation de la garde par Département

Annexe 4 : Modèle de tableau de garde

Annexe 5 : Fiche de permutation ou remplacement de garde

Annexe 6 : Fiche de poste type du coordonnateur ambulancier

Annexe 7 : Fiche de dysfonctionnement des transports sanitaires urgents

Annexe 8 : Liste des indicateurs de suivi de la réforme

PRÉAMBULE

Le présent cahier des charges fixe les modalités d'organisation de la réponse des entreprises de transport sanitaire aux demandes du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) des quatre départements de la région Bretagne.

Il s'inscrit dans le cadre de la réforme des transports sanitaires urgents qui étend le dispositif de garde à la journée, en complément des périodes couvertes jusqu'à présent que sont les nuits, les dimanches et les jours fériés.

Il vise ainsi à apporter une meilleure réponse à l'usager tout en réduisant le nombre de carences.

Il prend appui sur le nouveau modèle de rémunération fixé par l'avenant 10[1] à la convention nationale des entreprises de transports sanitaires, signé le 22 décembre 2020, et d'ores et déjà en application à titre dérogatoire depuis le 1er juillet 2022 en région.

Il s'agit d'un document qui n'a pas vocation à revoir, de façon exhaustive, l'ensemble des dispositions retenues dans le précédent cahier des charges de 2017, notamment pour ce qui concerne les procédures qualité ou l'organisation des acteurs, qui seront définies pour leur part dans le cadre des conventions tripartites spécifiques à chacun des départements, ou dans le cadre d'avenants.

Il définit néanmoins le cadre applicable aux demandes de transports sanitaires urgents nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient en vue d'un transport vers un établissement de santé ou un lieu de soins du secteur ambulatoire figurant sur la liste établie par l'agence régionale de santé, à l'exclusion de tout transport entre deux établissements de soins. Il s'applique également aux transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires en relais d'une intervention du service d'incendie et de secours (SIS).

Le présent cahier des charges est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS).

Il a été établi en concertation avec l'ensemble des partenaires et notamment l'association de transport sanitaire d'urgence (ATSU) la plus représentative de chacun des départements, le SAMU, le service d'incendie et de secours, les représentants des fédérations hospitalières et des usagers dans le cadre de groupes de travail régionaux.

L'ARS a en charge de faire appliquer le présent cahier des charges et le contrôle de sa bonne exécution.

[1] Mise à jour du 01/07/2024 : l'avenant n°11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002 a été publié le 3 mai 2023

ARTICLE 1 : PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA GARDE ET DES TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS

Une garde ambulancière est organisée sur toute partie du territoire de chacun des départements et à tout moment de la journée ou de la nuit, quand l'activité de transports sanitaires urgents, à la demande du SAMU – Centre 15 justifie la mise en place de moyens dédiés.

Désormais volontaire, la garde est régie par l'article R.6312-18 et suivants du code de la santé publique.

Toute entreprise de transports sanitaires privés agréée peut participer à ce dispositif, en fonction de ses moyens matériels (véhicules habilités) et humains (personnels formés) dès lors qu'elle répond aux conditions minimales souhaitées dans le cadre du précédent cahier des charges, notamment pour ce qui est de l'utilisation de véhicules de catégorie A ou, par dérogation, des ambulances de catégorie C équipées de l'ensemble du matériel requis dans les véhicules de catégorie A.

Les entreprises de transports sanitaires peuvent se regrouper au sein d'un groupement d'intérêt économique pour mettre en commun leurs moyens dans le cadre de la garde. Ce groupement doit être agréé pour l'accomplissement des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (article R.6312-22 du CSP) et conforme à la réglementation générale en vigueur.

Un agrément de l'ARS, ainsi qu'un conventionnement avec l'Assurance maladie en application de la convention-type nationale qui organise les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie (convention conclue le 26 décembre 2002 et avenants) sont nécessaires pour toute entreprise de transports sanitaires participant à l'aide médicale urgente.

Toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont adressées par l'établissement siège du Centre de Réception et de Régulation des appels 15 (CRRA 15) au coordonnateur ambulancier, qui sollicite les entreprises.

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS ET IMPLICATION DES INTERVENANTS

2.1. Responsabilité des intervenants

Les entreprises de transport sanitaires, lorsqu'elles interviennent dans le cadre de l'aide médicale urgente à la demande du SAMU en application de l'article R.6312-17-1 du CSP, s'engagent à :

- Respecter les délais d'intervention fixés par le SAMU et à informer le coordonnateur ambulancier du départ en mission et de l'achèvement de celle-ci ;
- Transmettre dès que possible au SAMU un bilan clinique du patient ;
- Effectuer les premiers gestes relevant de l'urgence adaptés à l'état du patient en cas de demande du SAMU, en respectant le cadre réglementaire ;
- Transporter le patient vers le lieu de soins déterminé par le SAMU et figurant sur la liste arrêtée par le Directeur Général de l'ARS, s'il en fait la demande ;
- Informer le SAMU de toute modification de l'état du patient pendant la mission ;
- Transmettre les informations administratives et cliniques relatives au patient à l'arrivée sur le lieu de soins hors formalités d'admission;
- Participer le cas échéant, à la réalisation des actes de télémédecine, dans le cadre des compétences de l'équipage et sous la surveillance du médecin régulateur.

Plus spécifiquement, pendant les périodes de garde, les entreprises de transport sanitaire inscrites au tableau de garde s'engagent à effectuer les gardes pour lesquelles elles sont inscrites.

Le SAMU-centre 15 s'engage à :

- Transmettre immédiatement, sur décision du médecin régulateur, au coordonnateur ambulancier et/ou grâce au système d'information du SAMU-Centre 15 et du logiciel d'information et de géolocalisation des véhicules (SCR), toute demande de transport sanitaire urgent relevant d'une entreprise de transport sanitaire;

- Solliciter le Service d'Incendie et de Secours (SIS) pour une intervention en carence lorsque le coordonnateur ambulancier constate le défaut de disponibilité des entreprises de transports sanitaires ;
- Recevoir le bilan clinique et indiquer à l'équipage ambulancier les actions à effectuer en fonction de l'état du patient ;
- Indiquer le lieu d'adressage/destination.

2.2. Sanctions en cas de manquement aux obligations

Tout manquement aux obligations règlementaires dans le cadre de la garde et du cahier des charges peut faire l'objet d'une décision de retrait, par le directeur général de l'ARS, temporaire ou définitive, d'autorisation de mise en service et/ou d'agrément voire de sanctions judiciaires, après avis du sous-comité des transports sanitaires.

Les activités de garde et de transports sanitaires urgents sont soumises aux mêmes règles concernant les véhicules que l'activité de transport sanitaire non spécialisée.

ARTICLE 3 : RÔLE DE L'ATSU

L'ATSU la plus représentative au sein de chaque département, désignée par arrêté du directeur général de l'ARS selon les critères de représentativité définis par arrêté ministériel, est chargée d'organiser opérationnellement la garde, dans le cadre des obligations fixées par le présent cahier des charges, et plus généralement la réponse des ambulanciers privés à l'aide médicale urgente.

A la date de publication du présent cahier des charges, dans chacun des départements bretons, l'ATSU désignée comme membre du CODAMUPS-TS par arrêté du DG ARS dispose d'un mandat temporaire d'1 an dans l'attente de la désignation par arrêté de l'association la plus représentative de chaque département.

Les missions de l'ATSU la plus représentative du département sont définies par l'arrêté du 26 avril 2022 relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental.

Ces missions sont listées ci-après.

3.1 Organisation de la garde et des transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires

Le tableau prévisionnel de la garde est établi par le référent ambulancier de chaque secteur de garde de façon consensuelle avec les ambulanciers du secteur. Pour ce faire, il organise les échanges nécessaires avec les entreprises du territoire dont il a la charge en visant à stabiliser un roulement de garde tel que prévu en annexe du présent cahier des charges.

Ce tableau est transmis au plus tard six semaines avant le début du semestre à la délégation départementale de l'ARS.

A défaut d'accord sur un secteur, le tableau est réalisé en concertation entre le référent et l'ATSU au prorata du nombre d'ambulances par entreprise et par secteur de garde.

En cas de défaillance justifiée (panne de matériel, empêchement lié au personnel malade...), l'entreprise prévue au tableau de garde devra rechercher une solution pour assurer son remplacement et en informer l'ATSU.

L'ATSU peut appuyer l'entreprise qui justifie que sa recherche est infructueuse et engager elle-même des démarches de recherche le cas échéant.

En cas de permutation de garde, l'ATSU avertit le plus rapidement possible le SAMU, l'ARS du remplacement et met à jour cette information dans le logiciel SCR. La fiche de permutation de garde complétée (Annexe 5) leur est adressée accompagnée de la mise à jour du tableau de garde.

En cas de défaillance d'une entreprise, la responsabilité de l'ATSU ne peut être engagée qu'en justifiant d'éléments probants de dysfonctionnements internes importants.

Le SAMU de chacun des départements est financeur et titulaire de la licence du logiciel d'information et de géolocalisation des véhicules (SCR) intervenant dans le cadre des transports sanitaires urgents.

3.2. Suivi de l'activité de transport sanitaire urgent et garant de son bon fonctionnement

Au-delà de l'établissement du planning de garde pour l'ensemble des territoires départementaux, l'ATSU désignée ci-dessus a également pour missions :

- Le suivi de l'activité de transport sanitaire urgent, en analysant la base de données établie et transmise chaque semaine par le coordonnateur ambulancier, et l'évaluation de l'organisation mise en place, notamment par le suivi des indicateurs de résultat et l'analyse des pratiques liées aux transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires ;
- La sensibilisation des entreprises à leurs obligations ;
- L'intervention auprès des entreprises en cas de dysfonctionnement, en alertant l'ARS, le SAMU, la CPAM et le SIS sur tout dysfonctionnement.

3.3. Impulsion et pilotage de la démarche qualité liée à l'activité des transports sanitaires urgents

Concernant la démarche qualité, l'ATSU se voit confier pour rôle :

- La définition d'un plan de formation collectif pour les entreprises participant aux transports sanitaires urgents et le suivi de la mise en œuvre des actions de formation continue obligatoires. Les modalités de mise en place de la formation continue seront précisées dans la convention locale SAMU-TS-SIS ;
- La participation à l'identification des évènements indésirables liés aux transports sanitaires urgents et l'information de l'établissement siège du SAMU, qui déclare l'évènement indésirable grave (EIG) à l'ARS.
- L'organisation ou la participation aux retours d'expérience et à la mise en place du plan d'actions correctrices en lien avec les acteurs concernés.

3.4. Rôle institutionnel

L'ATSU la plus représentative de chacun des départements a également pour missions :

- De siéger au CODAMUPS-TS et au sous-comité des transports sanitaires ;
- De représenter les entreprises de transports sanitaires auprès des partenaires dans le cadre de l'aide médicale urgente (ARS, CPAM, SAMU, SIS) ;
- De participer à la concertation pour l'élaboration du présent cahier des charges et sa révision ;
- De représenter les entreprises et d'être l'interlocuteur privilégié du SAMU et des pouvoirs publics en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

3.5. Moyens dévolus à l'ATSU pour la mise en œuvre de ses missions

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sera mis en œuvre entre l'ARS et l'ATSU de chacun des départements pour définir les modalités de mise en œuvre de l'ensemble des missions précitées.

Ce contrat définira les conditions d'accompagnement financier de l'ARS sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR), notamment pour ce qui concerne l'appui administratif nécessaire.

Le cas échéant, et au regard des modalités de recrutement qui auront été convenues entre les parties, une convention tripartite ARS/ATSU/SAMU précisera par ailleurs le cadre d'emploi et les obligations de chacun des acteurs concernés pour les postes de coordonnateurs ambulanciers dont les missions sont détaillées à l'article 7 du présent cahier des charges.

ARTICLE 4 : SECTORISATION ET HORAIRES DE LA GARDE

4.1. Horaires, secteurs et nombre de véhicules affectés à la garde

La délimitation des secteurs de garde tient compte des délais d'intervention, du nombre d'habitants, des contraintes géographiques et de la localisation des établissements de santé, en application de l'article R.6312-18 du CSP.

La garde ambulancière de chacun des départements de la région fait l'objet d'un découpage en secteurs de garde et de tableaux d'organisation de celle-ci tels que définis en annexe 3 du présent cahier des charges pour chacun des départements.

La définition des horaires couverts par chacune des gardes arrêtées au plan départemental est précisée en annexe 3. Au plan régional, l'organisation de la garde ambulancière sur ces secteurs ne peut aboutir à un dépassement du volume d'heure notifié dans le cadre de l'arrêté du 11 juillet 2022.

4.2. Indemnité de substitution pour les SIS sur les secteurs non couverts par une garde ambulancière

L'indemnité de substitution est régie par l'arrêté fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de substitution pour l'adaptation de la couverture opérationnelle d'un service d'incendie et de secours sur un secteur non couvert par une garde ambulancière.

L'indemnité de substitution est versée au service d'incendie et de secours identifié, dans le cadre d'une convention financière annuelle passée entre l'ARS et chaque service départemental concerné au regard des tableaux de garde susvisés (cf. annexe 3). Celle-ci précisera les modalités de son versement.

Par défaut, cette indemnité de substitution, financée sur le FIR, est due au service d'incendie et de secours dès lors qu'il n'y a pas de dispositif de garde mis en œuvre par un transporteur sanitaire, quel qu'en soit l'horaire et le jour.

ARTICLE 5 : ORGANISATION DE LA GARDE

5.1. Affectation des entreprises sur les secteurs

Par principe, et au regard de l'Autorisation de Mise en Service délivrée par l'ARS, chaque entreprise du département est rattachée à un secteur et participe au tour de garde sur ce secteur de manière prioritaire en proportion de ses moyens matériels et humains. En cas de difficulté à compléter le tableau de garde sur un secteur donné, des entreprises de secteurs limitrophes peuvent de manière volontaire compléter ce tableau.

La liste d'affectation à jour est mise à disposition du coordonnateur ambulancier par l'ATSU. Tout différent persistant sur la question est porté à la connaissance du sous-comité des transports sanitaires et arbitré par l'ARS en fonction du lieu d'implantation de l'entreprise.

Les principes suivants guident l'affectation des entreprises sur les secteurs :

- Le lieu d'implantation de l'entreprise ;
- Le temps d'intervention auprès des services d'urgences en tenant compte du repère de 30 minutes ;
- Des moyens matériels et humains des entreprises.

L'affectation définit une répartition équilibrée, qui doit permettre d'éviter le surnombre ou le déficit d'un secteur à l'autre.

5.2. Élaboration du tableau de garde

Le tableau de garde est établi par périodes de 3 mois au minimum dans chaque secteur de chacun des départements.

Afin de réaliser celui-ci, les entreprises s'engagent à participer aux transports sanitaires urgents pour une durée au moins équivalente.

Il est proposé par l'ATSU la plus représentative au plan départemental et arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS-TS.

Il précise les horaires et jours de garde, l'entreprise affectée pour chaque période de garde (numéro assurance maladie) et la localisation de l'implantation. Un tableau de garde type figure en annexe 4.

Le tableau de garde est élaboré selon les principes suivants, conformément au cadre établi par les articles R.6312-21 et R.6312-22 du CSP :

- L'association départementale de transport sanitaire d'urgence (ATSU) la plus représentative au plan départemental définit collectivement avec les entreprises du département les critères et la clé de répartition des périodes de garde entre les entreprises, prenant en compte notamment leurs moyens matériels et humains ;
- L'ATSU sollicite l'ensemble des entreprises de transports sanitaires agréées du département, adhérentes et non adhérentes, et propose une répartition des gardes entre les entreprises volontaires ;
- Si le tableau proposé ne couvre pas l'intégralité des secteurs de garde ou des créneaux horaires où une garde est prévue, l'agence régionale de santé peut imposer la participation de toute entreprise de transport sanitaire agréée dans le secteur de garde concerné, en fonction de ses moyens matériels et humains ;
- Le tableau de garde de l'ensemble des secteurs est transmis à chaque délégation départementale de l'ARS au minimum 6 semaines avant sa date effective d'application ainsi qu'aux acteurs intervenant dans le transport sanitaire urgent (entreprises concernées, SAMU-Centre15, SIS).

5.3. Modification du tableau de garde

En cas d'indisponibilité d'une entreprise initialement mentionnée dans le tableau de garde (panne de matériel, empêchement lié au personnel malade, etc.), cette entreprise doit le signaler sans délai à l'ATSU en charge du tableau de garde.

5.4. Non-respect du tour de garde

Dans le cas où l'entreprise n'a pu être remplacée et le tableau de garde modifié (cf. chapitre 5.3), le tour de garde n'est pas assuré et l'entreprise est déclarée responsable du dysfonctionnement et considérée comme défaillante. L'information est transmise à l'ARS et à la CPAM.

L'entreprise, sauf cas de force majeure, s'expose à des sanctions en application de l'article R. 6314-5 du code de la santé publique.

5.5. Définition des locaux de garde [le cas échéant]

Le véhicule et son équipage constitués doivent se positionner dès le début de la garde sur le secteur dont ils assurent la couverture.

Des locaux de garde peuvent être prédéfinis pour chaque secteur. Ils peuvent être organisés :

- Au sein d'une entreprise de transports sanitaires ;
- Au sein d'un local mis à disposition par un tiers : centre hospitalier, etc.

Le local de garde doit se situer sur le secteur de garde concerné afin de garantir des temps d'intervention adaptés.

La mutualisation par plusieurs entreprises est possible.

Chaque entreprise volontaire peut réaliser sa garde au sein de son entreprise moyennant le respect des règles sanitaires et du code du travail, dans la mesure où le site est situé sur le secteur couvert.

ARTICLE 6 : RENFORT DES MOYENS DE GARDE

Le coordonnateur est informé en temps réel des moyens volontaires mis à sa disposition via le logiciel SCR et engage ceux-ci sous la responsabilité du médecin régulateur du SAMU.

L'ATSU et le SAMU définissent le mode de sollicitation de ces entreprises volontaires, qui s'appuie notamment sur la géolocalisation des véhicules.

En dehors du dispositif de garde, les entreprises n'ont pas d'obligation de répondre favorablement à une demande de transport sanitaire urgent du SAMU. Toutefois, le coordonnateur ambulancier devra dans tous les cas solliciter en premier lieu les entreprises de transports sanitaires avant de faire état de leur indisponibilité auprès du SAMU, qui pourra faire appel au SIS en cas de carence.

Afin de favoriser la disponibilité des entreprises de transports sanitaires qui permet de diminuer la carence, le déclenchement du moyen qui est favorisé est le moyen le plus approprié en fonction de la pathologie du patient (cf. article 8.2)

En complément des moyens mis à disposition dans le cadre du tableau de garde, l'ATSU soutient le volontariat des entreprises se déclarant disponibles, via le système d'information SCR, pour effectuer des transports sanitaires urgents. Cette mobilisation des ambulances hors garde est facilitée par l'action du coordonnateur ambulancier et la mobilisation des informations de géolocalisation des véhicules.

ARTICLE 7 : COORDONNATEUR AMBULANCIER

7.1. Horaires, statut et localisation

Dans chacun des départements, des postes de coordonnateurs ambulanciers sont chargés de la régulation du dispositif auprès du SAMU Centre 15. Ils sont placés sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU pour les missions liées à l'engagement opérationnel des véhicules sur demande du SAMU.

Une convention financière entre l'ARS Bretagne, l'établissement siège de SAMU et l'ATSU du département définit les modalités de recrutement, les missions et le financement de ces postes de coordonnateurs ainsi que les indicateurs de suivi de cette convention.

7.2. Missions

Le coordonnateur ambulancier a pour mission de solliciter les entreprises de transport sanitaire en réponse aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU. Il met en œuvre la décision du médecin régulateur d'engager un moyen ambulancier adapté à la pathologie du patient au regard des délais fixés par celui-ci.

Il assure le suivi de l'activité des transports sanitaires urgents et de l'indisponibilité des entreprises de transports sanitaires, y compris les indisponibilités injustifiées.

Il a également pour objectif de faire diminuer le nombre de carences. Pour ce faire, il organise ses missions en :

- Ayant une visibilité permanente de la disponibilité des ambulances de garde ou hors garde en prenant en compte les délais d'intervention et les moyens techniques et humains disponibles ;
- S'appuyant sur la géolocalisation pour mobiliser les ambulances sur demande du SAMU :
    - En priorité, les moyens ambulanciers de garde ;
    - En complément, les moyens ambulanciers hors garde ;

- Faisant état sans délai au SAMU des indisponibilités ambulancières. Dans les cas où il s'avère impossible de répondre en temps et en qualité à la demande du SAMU, après une recherche infructueuse auprès de deux entreprises différentes au moins, le coordonnateur ambulancier constate le défaut de disponibilité des entreprises de transports sanitaires permettant au SAMU de solliciter les moyens du SIS et de qualifier la carence ambulancière ;
- Organisant, le cas échéant, la jonction entre le SIS et les entreprises de transports sanitaires, en lien avec le SAMU. La procédure de jonction est précisée dans la convention locale SAMU-ATSU-SIS.

Il assure enfin la traçabilité et le suivi qualité de l'activité des ambulanciers en :

- Procédant de façon hebdomadaire, au recueil d'activité, constitué des indisponibilités et des sorties blanches, en s'appuyant sur les données des logiciels Centaure 15 et SCR, dans la perspective de mise en paiement du RMG ;
- Transmettant les données à l'ATSU qui en produit une synthèse tous les 6 mois au CODAMUPS-TS. L'activité que doit recueillir le coordonnateur ambulancier et les indicateurs de suivi et d'évaluation mis en place sont précisés en annexe 8 ;
- Recensant les incidents ainsi que les évènements indésirables liés aux transports sanitaires urgents, permettant la mise en place d'actions correctives.

Une fiche de poste type du coordonnateur ambulancier est annexée au présent cahier des charges (annexe 6).

7.3 Moyens de communication et systèmes d'informations

Les moyens de communication entre le SAMU et le coordonnateur doivent permettre :

- Le contact direct (téléphone, tablette, système d'information ambulancier, etc.) ;
- La confirmation en temps réel de la bonne réception et de l'acceptation de la mission et de ses statuts d'avancement ;
- La traçabilité de l'activité
- Le journal des Evènements Indésirables Graves (EIG).

Par le biais du système d'information du SAMU, le coordonnateur reçoit l'ensemble des informations nécessaires à une mission : identification du patient, lieu d'intervention, motifs d'intervention, etc.

Le coordonnateur ambulancier bénéficie d'une ligne téléphonique dédiée. Il s'appuie dans le cadre de son activité sur le SI du SAMU interopérable avec le logiciel de gestion des disponibilités de transporteurs sanitaires. L'outil permet de récolter l'exhaustivité de l'activité de transport sanitaire urgent.

Le système d'informations permet au coordonnateur ambulancier de :

- Visualiser en temps réel la disponibilité ambulancière sur tout le territoire et de confirmer au SAMU l'immédiateté du départ du vecteur ambulancier et le temps estimé d'arrivée sur les lieux ;
- Déclencher instantanément le vecteur adapté et lui transmettre les données reçues par le SAMU, issues du SI du SAMU ;
- Tracer les états d'avancement de la mission ;
- Tracer les éléments nécessaires à la rémunération ;
- Établir les statistiques mensuelles et annuelles définies.

Le coordonnateur ambulancier transmet à l'ATSU les éléments nécessaires au calcul de la garantie de revenu chaque semaine (sorties blanches et indisponibilité).

ARTICLE 8 : SOLLICITATION DES MOYENS DE GARDE ET HORS GARDE

8.1. Géolocalisation

Chaque véhicule participant à l'urgence pré-hospitalière devra être équipé d'un dispositif de géolocalisation en interface avec le logiciel du SAMU Centre 15 afin de permettre l'optimisation des temps d'intervention. Cet équipement devra être opérationnel sur chaque véhicule participant au tour de garde avant le 30 juin 2023.

8.2. Sollicitation par le coordonnateur ambulancier

Pour chaque demande de transport sanitaire urgent du SAMU relevant des entreprises de transports sanitaires, le coordonnateur ambulancier :

1. Sollicite, en premier lieu, le véhicule ambulancier de garde, dès lors que le dispositif de géolocalisation de celui-ci confirme qu'il est le mieux adapté au regard des délais d'intervention mentionnés par le médecin régulateur ;
2. Sollicite, en second lieu, les véhicules ambulanciers volontaires pour réaliser les transports pendant la période en complément de la garde, notamment lorsque le véhicule porté au tableau de garde n'est pas disponible ou que sa position géographique n'est pas compatible avec la demande d'intervention du médecin régulateur ;
3. Indique l'indisponibilité des entreprises de transports sanitaires après avoir sollicité sans succès au moins deux entreprises, en plus de l'entreprise de garde. Le SAMU pourra décider de déclencher une carence ambulancière et solliciter les sapeurs-pompiers.

Le déroulé opérationnel précis de la sollicitation et des interventions est décrit dans la convention locale SAMU-ATSU-SIS.

8.3. Recours au véhicule de garde d'un autre secteur

Pour les transports sanitaires urgents demandés par le SAMU pendant la garde, le coordonnateur ambulancier sollicite en premier lieu le véhicule selon l'article 8.2.

Lorsque l'ambulance de garde du secteur est déjà mobilisée et qu'aucun autre moyen volontaire n'est disponible, le coordonnateur ambulancier peut faire appel à une entreprise de garde d'un secteur limitrophe, dans les délais compatibles avec l'état du patient.

En cas d'indisponibilité des entreprises sollicitées, il appartient au SAMU de décider de solliciter une intervention des SIS en carence, conformément à la définition de la carence ambulancière mentionnée à l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales.

8.4. Indisponibilité injustifiée de l'entreprise de garde

L'entreprise de garde ne peut refuser une demande de transport sanitaire urgent de la part du SAMU si elle n'est pas indisponible en raison d'une intervention dans le cadre de sa garde. En cas de refus ou d'absence de réponse, l'entreprise est responsable de son indisponibilité injustifiée qui est déduite du revenu minimum garanti selon les modalités fixées par l'avenant n°10 de la convention nationale des transports sanitaires privés.

8.5. Délais d'intervention

Les délais indiqués par le SAMU sont des délais d'arrivée auprès du patient, compatibles avec un départ immédiat, ou différé après concertation.

Le non-respect des délais peut faire l'objet d'un signalement du SAMU à l'ARS et de sanctions.

ARTICLE 9 : MOYENS MATÉRIELS DU TRANSPORT SANITAIRE URGENT

9.1. Moyens

La réponse à l'aide médicale urgente dans le cadre de la garde s'effectue avec des véhicules de catégorie A ou, par dérogation, des ambulances de catégorie C équipées de l'ensemble du matériel requis dans les véhicules de catégorie A. L'équipement de chaque véhicule est conforme à la réglementation en vigueur.

Le ou les moyens dédiés par l'entreprise inscrite au tableau de garde sont utilisés exclusivement à la demande du SAMU dans le cadre des transports sanitaires urgents. Ils ne peuvent être utilisés pour des transports sanitaires programmés pendant la période de garde qu'ils assurent. Les véhicules de catégorie A bénéficiant d'une AMS hors quota ne peuvent être utilisés pour d'autres transports que les transports sanitaires urgents.

Un travail spécifique sera réalisé par l'ARS Bretagne en concertation avec les acteurs concernés, en particulier les ATSU, pour identifier le potentiel besoin de véhicules hors quota exclusivement dédiés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Les véhicules disposent d'un équipement de communication permettant d'assurer le lien avec le médecin régulateur et le coordonnateur ambulancier. Les véhicules sont équipés d'un dispositif de géolocalisation.

Les entreprises participant à la garde doivent être signalées par le marquage conforme à la réglementation en vigueur, au même titre que l'ensemble du parc.

9.2. Sécurité sanitaire

Avant chaque prise de poste, l'équipage vérifie :

- La conformité du matériel électrique ;
- La présence du matériel embarqué sanitaire ;
- Le respect du protocole de désinfection mentionné à l'article 10.

9.3. Sécurité routière

L'équipage contrôle :

- Le bon état de marche de l'ambulance ;
- Les organes de sécurité ;
- La présence de l'équipement adapté et nécessaire pour des transports sanitaires urgents en tous lieux et en tout temps.

Chaque entreprise doit mettre en œuvre une procédure de suivi des véhicules en conformité avec la réglementation en vigueur :

- Le contrôle technique ;
- Les entretiens périodiques.

ARTICLE 10 : MESURES D'HYGIÈNE ET DE DÉSINFECTION

10.1. Protocoles d'hygiène et de désinfection

Face aux risques auxquels sont exposés tant le malade que le personnel intervenant, il est convenu de mettre en place différents protocoles de nettoyage et de désinfection :

- Protocole de fin de service (FDS) ;
- Protocole entre chaque patient ;
- Protocole périodique NID (Nettoyage Inventaire Désinfection) ;
- Protocole pour les maladies à déclaration obligatoire (MDO) ou virus.

10.2. Traçabilité

Les entreprises de transport sanitaire doivent pouvoir justifier à tout moment du suivi des protocoles.

Les fiches de suivi de nettoyage, inventaire et désinfection sont archivées au sein de l'entreprise pour la traçabilité et peuvent être dématérialisées.

ARTICLE 11 : ÉQUIPAGE AMBULANCIER

11.1. Equipage

En application des articles R.6312-7 et R. 6312-10 du CSP, deux personnels constituent l'équipage ambulancier dont l'un est titulaire du diplôme d'État d'ambulancier.

Les membres de l'équipage sont tenus de porter une tenue professionnelle conforme à la règlementation.

Tout membre de l'équipage ne peut effectuer que les gestes pour lesquels il est habilité et autorisé à pratiquer.

11.2. Formation continue

La formation continue est organisée annuellement en application des dispositions réglementaires visées en annexe 1.

La formation aux gestes et soins d'urgence est obligatoire, pour tous les personnels participant à la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière, quel que soit leur formation initiale : CCA, DEA ou auxiliaires….

Il est à noter que la durée de validité de l'AFGSU de niveau 2 est de 4 ans. La prorogation de cette attestation pour une durée équivalente est subordonnée au suivi d'une journée de formation.

Il appartient aux entreprises de transports sanitaires terrestres de veiller en continu à l'actualisation de cette formation pour l'ensemble de leurs personnels composant les équipages.

La convention locale SAMU-ATSU-SIS précise les actions de formation continue pour le maintien et la mise à jour des compétences des personnels des entreprises de transport sanitaire.

Le respect de cette obligation est assuré par l'ATSU et contrôlé par l'ARS. L'entreprise ne pourra pas invoquer la non-conformité de la formation de son personnel pour se soustraire à ses obligations de garde.

Il est rappelé par ailleurs que dans le cadre de sa mission d'accompagnement, l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) Transports et Services propose aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des transports routiers, des modalités d'accompagnement financier à la formation des salariés du secteur du transport sanitaire, conformément aux décisions de ses instances. (cf lien http://www.opca-ts.com/ Information OPCA Transports et Services en Région Bretagne 02 99 25 21 29).

ARTICLE 12 : DYSFONCTIONNEMENTS ET ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Tout dysfonctionnement constaté ou événement indésirable survenu dans l'organisation ou dans les pratiques durant la garde ou durant les transports sanitaires urgents est signalé immédiatement à l'ARS au moyen de la fiche détaillée à l'annexe 7 et aux partenaires de l'aide médicale urgente concernés, par le SAMU, le SIS, l'entreprise de transport sanitaire ou l'ATSU.

Cette fiche est transmise à la délégation départementale de l'ARS ainsi qu'au département de la veille et sécurité sanitaire au siège de l'ARS.

Ces dysfonctionnements et événements indésirables peuvent faire l'objet d'une investigation de l'ARS ou d'une analyse en sous-comité des transports sanitaires. La convention locale SAMU-ATSU-SIS détaille les modalités de traitement conjoint des événements indésirables et d'établissement d'un plan d'actions correctives.

ARTICLE 13 : SUIVI ET ÉVALUATION

Les données de suivi sont récoltées au fil de l'activité des transports sanitaires urgents par les différents participants à l'aide médicale urgente, notamment le coordonnateur ambulancier. La liste des indicateurs nationaux figure dans la convention locale SAMU-ATSU-SIS et est rappelée en annexe 8.

L'organisation de la garde et des transports sanitaires urgents fait l'objet d'un suivi semestriel par le sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS, qui y associe les organismes locaux d'assurance maladie. Il inclut notamment le suivi de données sur l'activité des transports sanitaires urgents et des indisponibilités ambulancières.

L'évaluation de ces activités est réalisée chaque année, à l'appui des données récoltées, dans le cadre du sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS, pour apprécier l'adéquation du dispositif aux besoins du territoire et le réviser le cas échéant.

L'agence régionale de santé communique le bilan départemental annuel au ministère chargé de la santé et au ministère chargé de la sécurité civile.

ARTICLE 14 : RÉVISION

Le cahier des charges peut être révisé par arrêté, notamment en cas de modifications d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel ou à l'issue de l'évaluation annuelle réalisée dans le cadre du CODAMUPS. L'arrêté est pris par le directeur général de l'ARS dans les mêmes conditions que le cahier des charges.

Le cas échéant, l'ATSU, le SAMU, le SIS et l'ARS s'engagent à se réunir pour proposer une adaptation du cahier des charges aux modifications intervenues.

ARTICLE 15 : PRISE D'EFFET

Le présent cahier des charges prend effet au lendemain de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et de chacun des départements concernés et s'appliquera à toutes les entreprises de transport sanitaire agréées pour ce qui les concerne dans leur territoire.

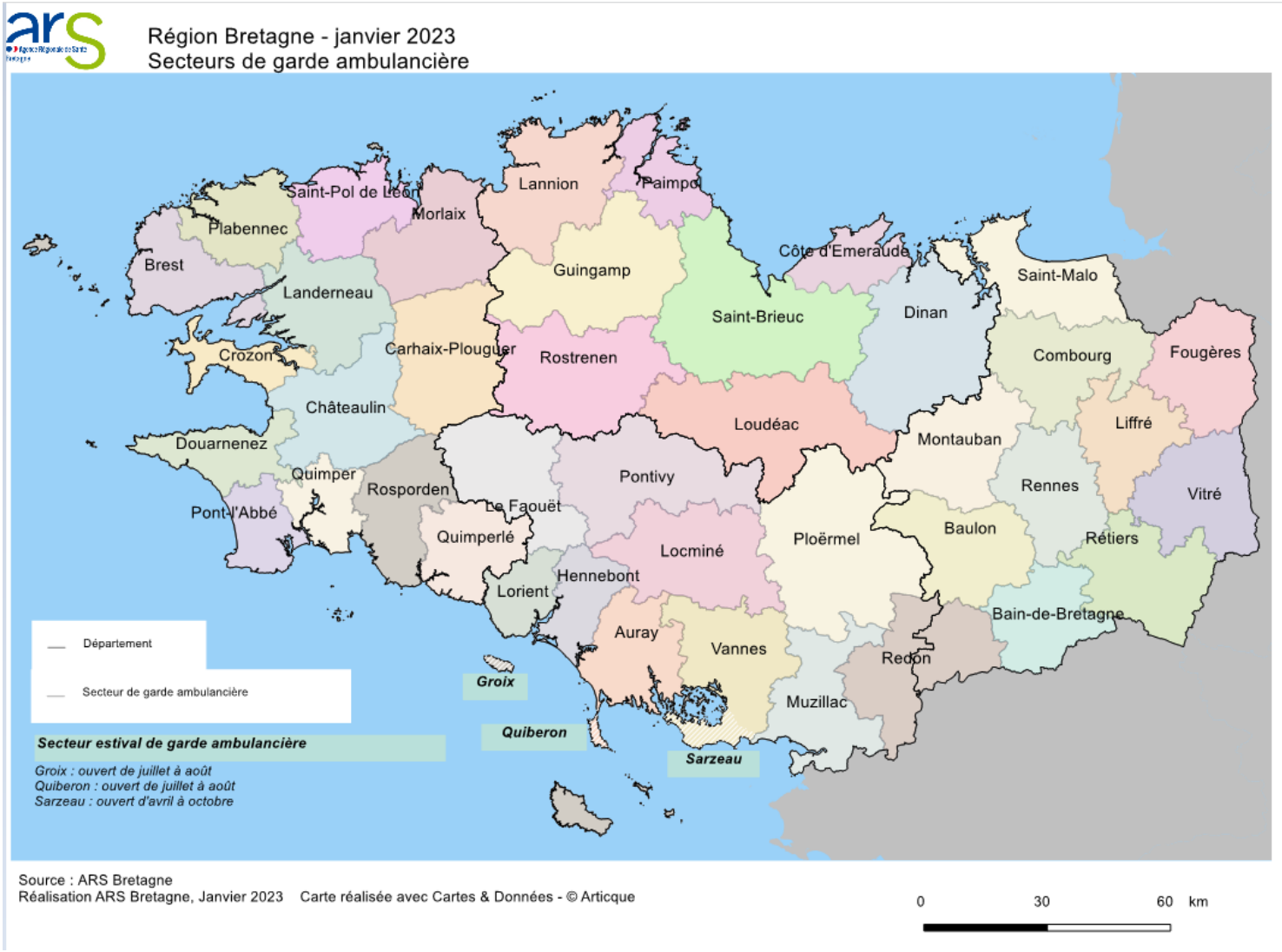
ANNEXES

Annexe 1 : Références règlementaires

L'organisation de la garde et des transports sanitaires urgents s'effectue dans le respect des obligations légales, réglementaires et conventionnelles, notamment celles énoncées ci-après :

- Code de la santé publique :
  Partie législative : Articles L6311-1 à L6311-2, L6312-1 à L6312-5, L6313-1, L6314-1 ;
  Partie règlementaire : Articles R6311-1 à R6311-5, R6312-1 à R6312-43, R6313-1 à R6313-8, R6314-1 à R6314-6, R. 6311-17.-I ;
- Code général des collectivités territoriales : L.1424-2 et L.1424-42 ;
- Code de la route : Articles R311-1, R313-33 à R313-35, R432-1 à R432-3 ;
- Convention nationale du **26 décembre 2002** destinée à organiser les rapports entre les transporteurs privés et les caisses d'assurance maladie, ses annexes et ses dix avenants ;
- Arrêté ministériel du **24 avril 2009** relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation du secours à la personne et à l'aide médicale urgente ;
- Arrêté ministériel du **5 mai 2009** relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transports sanitaires portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière ;
- Circulaire DHOS/2009 n° 192 du **14 octobre 2009** relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière ;
- Arrêté du **12 décembre 2017** fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres ;
- Arrêté du **11 avril 2022** relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier ;
- Décret no 2022-629 du **22 avril 2022** relatif aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente ;
- Arrêté du **22 avril 2022** fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de substitution pour l'adaptation de la couverture opérationnelle d'un service d'incendie et de secours sur un secteur non couvert par une garde ambulancière ;
- Arrêté du **26 avril 2022** relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental;
- Instruction interministérielle N° DGOS/R2/DSS/DGSCGC/2022/144 du **13 mai 2022** relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde ;
- Arrêté du **11 juillet 2022** modifiant l'annexe de l'arrêté du 26 avril 2022 relatif aux plafonds d'heures de garde pour l'organisation de la garde prévue à l'article R. 6312-19 du code de la santé publique ;
- Arrêté du **31 octobre 2022** relatif à la formation aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente ;

Annexe 2 : Cartographie régionale des secteurs de la garde ambulancière



Annexe 3 : Composition communale des secteurs de garde et organisation de la garde par Département

Département des Côtes-d'Armor

1. Carte des 8 secteurs de garde

Secteurs de garde ambulancière - Département Côtes d'Armor - Janvier 2025



Source : ARS Bretagne
Réalisation ARS Bretagne, Janvier 2025 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 13 25 km

2. Composition communale des secteurs de garde des Côtes-d'Armor

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22001	Allineuc	22005	St-Brieuc
22002	Andel	22005	St-Brieuc
22003	Aucaleuc	22001	Dinan
22004	Bégard	22007	Guingamp
22005	Belle-Isle-en-Terre	22004	Guingamp
22006	Berhet	22007	Lannion
22008	Bobital	22001	Dinan
22009	Le Bodéo	22005	St-Brieuc
22011	Boqueho	22005	St-Brieuc
22012	La Bouillie	22006	Côte d'Emeraude
22013	Bourbriac	22004	Guingamp
22014	Bourseul	22001	Dinan
22015	Bréhand	22005	St-Brieuc
22016	Île-de-Bréhat	22008	Paimpol
22018	Brélidy	22004	Guingamp
22019	Bringolo	22004	Guingamp
22020	Broons	22001	Dinan
22021	Brusvily	22001	Dinan
22023	Bulat-Pestivien	22004	Guingamp
22024	Calanhel	22004	Guingamp
22025	Callac	22004	Guingamp
22026	Calorguen	22001	Dinan
22028	Camlez	22007	Lannion
22029	Canihuel	22003	Rostrenen
22030	Caouënnec-Lanvézéac	22007	Lannion
22031	Carnoët	22003	Rostrenen
22032	Caulnes	22001	Dinan
22033	Caurel	22002	Loudéac
22034	Cavan	22007	Lannion
22035	Les Champs-Géraux	22001	Dinan
22036	La Chapelle-Blanche	22001	Dinan
22037	La Chapelle-Neuve	22004	Guingamp
22039	La Chèze	22002	Loudéac
22040	Coadout	22004	Guingamp
22041	Coatascorn	22007	Guingamp
22042	Coatréven	22007	Lannion
22044	Coëtmieux	22005	St-Brieuc
22045	Cohiniac	22005	St-Brieuc
22046	Le Mené	22002	Loudéac
22047	Corlay	22003	Rostrenen
22048	Corseul	22001	Dinan
22049	Créhen	22001	Dinan
22050	Dinan	22001	Dinan
22052	Duault	22003	Rostrenen
22053	Éréac	22001	Dinan

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22054	Erquy	22006	Côte d'Emeraude
22055	Binic-Étables-sur-Mer	22005	St-Brieuc
22056	Évran	22001	Dinan
22057	Le Faouët	22008	Paimpol
22059	Le Fœil	22005	St-Brieuc
22060	Gausson	22002	Loudéac
22061	Glomel	22003	Rostrenen
22062	Gomené	22002	Loudéac
22063	Gommenec'h	22008	Paimpol
22064	Gouarec	22003	Rostrenen
22065	Goudelin	22004	Guingamp
22067	Grâces	22004	Guingamp
22068	Grâce-Uzel	22002	Loudéac
22069	Guenroc	22001	Dinan
22070	Guingamp	22004	Guingamp
22071	Guitté	22001	Dinan
22072	Gurunhuel	22004	Guingamp
22073	La Harmoye	22005	St-Brieuc
22074	Le Haut-Corlay	22003	Rostrenen
22075	Hémonstoir	22002	Loudéac
22076	Hénanbihen	22006	Côte d'Emeraude
22077	Hénansal	22006	Côte d'Emeraude
22079	Hénon	22005	St-Brieuc
22081	Hillion	22005	St-Brieuc
22082	Le Hinglé	22001	Dinan
22083	Illifaut	22002	Loudéac
22084	Jugon-les-Lacs	22001	Dinan
22085	Kerbors	22008	Paimpol
22086	Kerfot	22008	Paimpol
22087	Kergrist-Moëlou	22003	Rostrenen
22088	Kerien	22004	Guingamp
22090	Kermaria-Sulard	22007	Lannion
22091	Kermoroc'h	22004	Guingamp
22092	Kerpert	22003	Rostrenen
22093	Lamballe-Armor*	22005	St-Brieuc
	*Sauf Planguenoual, intégré désormais dans la commune nouvelle de Lamballe Armor, qui reste sur le secteur de la Côte d'Emeraude		
22094	Lancieux	22001	Dinan
22095	Landebaëron	22004	Guingamp
22096	Landébia	22001	Dinan
22097	La Landec	22001	Dinan
22098	Landéhen	22005	St-Brieuc
22099	Lanfains	22005	St-Brieuc
22101	Langoat	22007	Lannion
22103	Langrolay-sur-Rance	22001	Dinan
22104	Languédias	22001	Dinan
22105	Languenan	22001	Dinan
22106	Langueux	22005	St-Brieuc
22107	Bon Repos sur Blavet	22003	Rostrenen

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22108	Lanleff	22008	Paimpol
22109	Lanloup	22008	Paimpol
22110	Lanmérin	22007	Lannion
22111	Lanmodez	22008	Paimpol
22112	Lannebert	22008	Paimpol
22113	Lannion	22007	Lannion
22114	Lanrelas	22001	Dinan
22115	Lanrivain	22003	Rostrenen
22116	Lanrodec	22004	Guingamp
22117	Lantic	22005	St-Brieuc
22118	Lanvallay	22001	Dinan
22119	Lanvellec	22007	Lannion
22121	Lanvollon	22008	Paimpol
22122	Laurenan	22002	Loudéac
22124	Lescouët-Gouarec	22003	Rostrenen
22126	Le Leslay	22005	St-Brieuc
22127	Lézardrieux	22008	Paimpol
22128	Locarn	22003	Rostrenen
22129	Loc-Envel	22004	Guingamp
22131	Loguivy-Plougras	22004	Guingamp
22132	Lohuec	22004	Guingamp
22133	Loscouët-sur-Meu	22002	Loudéac
22134	Louannec	22007	Lannion
22135	Louargat	22004	Guingamp
22136	Loudéac	22002	Loudéac
22137	Maël-Carhaix	22003	Rostrenen
22138	Maël-Pestivien	22004	Guingamp
22139	Magoar	22004	Guingamp
22140	La Malhoure	22005	St-Brieuc
22141	Mantallot	22007	Lannion
22143	Matignon	22006	Côte d'Emeraude
22144	La Méaugon	22005	St-Brieuc
22145	Mégrit	22001	Dinan
22146	Mellionnec	22003	Rostrenen
22147	Merdrignac	22002	Loudéac
22148	Mérillac	22002	Loudéac
22149	Merléac	22002	Loudéac
22150	Le Merzer	22004	Guingamp
22152	Minihy-Tréguier	22007	Paimpol
22153	Moncontour	22005	St-Brieuc
22155	La Motte	22002	Loudéac
22156	Moustéru	22004	Guingamp
22157	Le Moustoir	22003	Rostrenen
22158	Guerlédan	22002	Loudéac
22160	Noyal	22005	St-Brieuc
22161	Pabu	22004	Guingamp
22162	Paimpol	22008	Paimpol
22163	Paule	22003	Rostrenen

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22164	Pédernec	22004	Guingamp
22165	Penguily	22005	St-Brieuc
22166	Penvénan	22007	Lannion
22168	Perros-Guirec	22007	Lannion
22169	Peumerit-Quintin	22003	Rostrenen
22170	Plaine-Haute	22005	St-Brieuc
22171	Plaintel	22005	St-Brieuc
22172	Plancoët	22001	Dinan
22174	Pléboulle	22006	Côte d'Emeraude
22175	Plédéliac	22005	St-Brieuc
22176	Plédran	22005	St-Brieuc
22177	Pléguien	22005	Paimpol
22178	Pléhédel	22008	Paimpol
22179	Fréhel	22006	Côte d'Emeraude
22180	Plélan-le-Petit	22001	Dinan
22181	Plélauff	22003	Rostrenen
22182	Plélo	22005	St-Brieuc
22183	Plémet	22002	Loudéac
22184	Plémy	22005	St-Brieuc
22185	Plénée-Jugon	22005	St-Brieuc
22186	Pléneuf-Val-André	22006	Côte d'Emeraude
22187	Plérin	22005	St-Brieuc
22188	Plerneuf	22005	St-Brieuc
22189	Plésidy	22004	Guingamp
22190	Pleslin-Trigavou	22001	Dinan
22193	Plestan	22005	St-Brieuc
22194	Plestin-les-Grèves	22007	Lannion
22195	Pleubian	22008	Paimpol
22196	Pleudaniel	22008	Paimpol
22197	Pleudihen-sur-Rance	22001	Dinan
22198	Pleumeur-Bodou	22007	Lannion
22199	Pleumeur-Gautier	22008	Paimpol
22200	Pléven	22001	Dinan
22201	Plévenon	22006	Côte d'Emeraude
22202	Plévin	22003	Rostrenen
22203	Plœuc-L'Hermitage	22005	St-Brieuc
22204	Ploëzal	22008	Paimpol
22205	Plorec-sur-Arguenon	22001	Dinan
22206	Châtelaudren-Plouagat	22004	Guingamp
22207	Plouaret	22007	Lannion
22208	Plouasne	22001	Dinan
22209	Beaussais-sur-Mer	22001	Dinan
22210	Ploubazlanec	22008	Paimpol
22211	Ploubezre	22007	Lannion
22212	Plouëc-du-Trieux	22004	Guingamp
22213	Plouër-sur-Rance	22001	Dinan
22214	Plouézec	22008	Paimpol
22215	Ploufragan	22005	St-Brieuc

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22216	Plougonver	22004	Guingamp
22217	Plougras	22004	Guingamp
22218	Plougrescant	22007	Paimpol
22219	Plouguenast-Langast	22002	Loudéac
22220	Plouguernével	22003	Rostrenen
22221	Plouguiel	22007	Paimpol
22222	Plouha	22008	Paimpol
22223	Plouisy	22004	Guingamp
22224	Ploulec'h	22007	Lannion
22225	Ploumagoar	22004	Guingamp
22226	Ploumilliau	22007	Lannion
22227	Plounérin	22007	Lannion
22228	Plounévez-Moëdec	22007	Lannion
22229	Plounévez-Quintin	22003	Rostrenen
22231	Plourac'h	22004	Guingamp
22232	Plourhan	22005	Paimpol
22233	Plourivo	22008	Paimpol
22234	Plouvara	22005	St-Brieuc
22235	Plouzélambre	22007	Lannion
22236	Pludual	22008	Paimpol
22237	Pluduno	22001	Dinan
22238	Plufur	22007	Lannion
22239	Plumaudan	22001	Dinan
22240	Plumaugat	22001	Dinan
22241	Plumieux	22002	Loudéac
22242	Plurien	22006	Côte d'Emeraude
22243	Plusquellec	22004	Guingamp
22244	Plussulien	22003	Rostrenen
22245	Pluzunet	22007	Lannion
22246	Pommeret	22005	St-Brieuc
22248	Pommerit-le-Vicomte	22004	Guingamp
22249	Pont-Melvez	22004	Guingamp
22250	Pontrieux	22008	Paimpol
22251	Pordic	22005	St-Brieuc
22254	Prat	22007	Lannion
22255	La Prénessaye	22002	Loudéac
22256	Quemper-Guézennec	22008	Paimpol
22257	Quemperven	22007	Lannion
22258	Quessoy	22005	St-Brieuc
22259	Quévert	22001	Dinan
22260	Le Quillio	22002	Loudéac
22261	Quintenic	22005	St-Brieuc
22262	Quintin	22005	St-Brieuc
22263	Le Quiou	22001	Dinan
22264	La Roche-Jaudy	22007	Paimpol
22265	Rospez	22007	Lannion
22266	Rostrenen	22003	Rostrenen
22267	Rouillac	22001	Dinan

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22268	Ruca	22006	Côte d'Emeraude
22269	Runan	22008	Guingamp
22271	Saint-Adrien	22004	Guingamp
22272	Saint-Agathon	22004	Guingamp
22273	Saint-Alban	22006	Côte d'Emeraude
22274	Saint-André-des-Eaux	22001	Dinan
22275	Saint-Barnabé	22002	Loudéac
22276	Saint-Bihy	22005	St-Brieuc
22277	Saint-Brandan	22005	St-Brieuc
22278	Saint-Brieuc	22005	St-Brieuc
22279	Saint-Caradec	22002	Loudéac
22280	Saint-Carné	22001	Dinan
22281	Saint-Carreuc	22005	St-Brieuc
22282	Saint-Cast-le-Guildo	22006	Côte d'Emeraude
22283	Saint-Clet	22004	Guingamp
22284	Saint-Connan	22003	Rostrenen
22285	Saint-Connec	22002	Loudéac
22286	Saint-Denoual	22006	Côte d'Emeraude
22287	Saint-Donan	22005	St-Brieuc
22288	Saint-Étienne-du-Gué-de-l'Isle	22002	Loudéac
22289	Saint-Fiacre	22004	Guingamp
22291	Saint-Gildas	22005	St-Brieuc
22293	Saint-Gilles-les-Bois	22008	Paimpol
22294	Saint-Gilles-Pligeaux	22003	Rostrenen
22295	Saint-Gilles-Vieux-Marché	22002	Loudéac
22296	Saint-Glen	22005	St-Brieuc
22299	Saint-Hélen	22001	Dinan
22300	Saint-Hervé	22002	Loudéac
22302	Saint-Jacut-de-la-Mer	22001	Dinan
22304	Saint-Jean-Kerdaniel	22004	Guingamp
22305	Saint-Jouan-de-l'Isle	22001	Dinan
22306	Saint-Judoce	22001	Dinan
22307	Saint-Julien	22005	St-Brieuc
22308	Saint-Juvat	22001	Dinan
22310	Saint-Laurent	22004	Guingamp
22311	Saint-Lormel	22001	Dinan
22312	Saint-Maden	22001	Dinan
22313	Saint-Martin-des-Prés	22003	Rostrenen
22314	Saint-Maudan	22002	Loudéac
22315	Saint-Maudez	22001	Dinan
22316	Saint-Mayeux	22002	Loudéac
22317	Saint-Méloir-des-Bois	22001	Dinan
22318	Saint-Michel-de-Plélan	22001	Dinan
22319	Saint-Michel-en-Grève	22007	Lannion
22320	Saint-Nicodème	22003	Rostrenen
22321	Saint-Nicolas-du-Pélem	22003	Rostrenen
22322	Saint-Péver	22004	Guingamp
22323	Saint-Pôtan	22006	Côte d'Emeraude

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22324	Saint-Quay-Perros	22007	Lannion
22325	Saint-Quay-Portrieux	22005	St-Brieuc
22326	Saint-Rieul	22005	St-Brieuc
22327	Saint-Samson-sur-Rance	22001	Dinan
22328	Saint-Servais	22003	Rostrenen
22330	Saint-Thélo	22002	Loudéac
22331	Sainte-Tréphine	22003	Rostrenen
22332	Saint-Trimoël	22005	St-Brieuc
22333	Saint-Vran	22002	Loudéac
22334	Saint-Igeaux	22003	Rostrenen
22335	Senven-Léhart	22004	Guingamp
22337	Sévignac	22001	Dinan
22338	Squiffiec	22004	Guingamp
22339	Taden	22001	Dinan
22340	Tonquédec	22007	Lannion
22341	Tramain	22005	St-Brieuc
22342	Trébédan	22001	Dinan
22343	Trébeurden	22007	Lannion
22344	Trébrivan	22003	Rostrenen
22345	Trébry	22005	St-Brieuc
22346	Trédaniel	22005	St-Brieuc
22347	Trédarzec	22008	Paimpol
22348	Trédias	22001	Dinan
22349	Trédrez-Locquémeau	22007	Lannion
22350	Tréduder	22007	Lannion
22351	Treffrin	22003	Rostrenen
22352	Tréfumel	22001	Dinan
22353	Trégastel	22007	Lannion
22354	Tréglamus	22004	Guingamp
22356	Trégomeur	22005	St-Brieuc
22358	Trégonneau	22004	Guingamp
22359	Trégrom	22007	Lannion
22360	Trégueux	22005	St-Brieuc
22361	Tréguidel	22005	Paimpol
22362	Tréguier	22007	Paimpol
22363	Trélévern	22007	Lannion
22364	Trélivan	22001	Dinan
22365	Trémargat	22003	Rostrenen
22366	Trémel	22007	Lannion
22368	Tréméreuc	22001	Dinan
22369	Trémeur	22001	Dinan
22370	Tréméven	22008	Paimpol
22371	Trémorel	22002	Loudéac
22372	Trémuson	22005	St-Brieuc
22373	Tréogan	22003	Rostrenen
22375	Tressignaux	22005	Paimpol
22376	Trévé	22002	Loudéac
22377	Tréveneuc	22005	Paimpol

CODE COMMUNE INSEE	LIBELLE DE LA COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE DU SECTEUR GARDE 2023
22378	Trévérec	22008	Paimpol
22379	Trévou-Tréguignec	22007	Lannion
22380	Trévron	22001	Dinan
22381	Trézény	22007	Lannion
22383	Troguéry	22007	Paimpol
22384	Uzel	22002	Loudéac
22237	Val d'Arguenon	22001	Dinan
22385	La Vicomté-sur-Rance	22001	Dinan
22386	Le Vieux-Bourg	22005	St-Brieuc
22387	Le Vieux-Marché	22007	Lannion
22388	Vildé-Guingalan	22001	Dinan
22389	Yffiniac	22005	St-Brieuc
22390	Yvias	22008	Paimpol
22391	Yvignac-la-Tour	22001	Dinan

3. Organisation de la garde sur le département des Côtes-d'Armor

SECTEURS DE GARDE	EFFECTEURS	PERIODES	Nombre de vecteurs			
			Du lundi au Vendredi	Samedi	Dimanche et jours fériés WE	Jours Fériés - Semaine
1 - DINAN	TSP GARDE (RMG[2])	H24	1	1		
		08h - 20h		1		
2 - LOUDEAC	TSP GARDE (RMG)	H24 (sauf lundi 00h – 06h))	1			1
		08h - 19h		1		
		19h – 05h		1		
	SIS[3]	Lundi 00h – 06h	1			
		Samedi – dimanche et jours fériés WE 5h – 08h		1		
3 - ROSTRENEN	TSP GARDE (RMG)	07h – 21h	1			
		21h - 07h	1			
		08h -19h		1		
		19h – 05h		1		
	SIS	05h – 08h		1		
4 - GUINGAMP	TSP GARDE (RMG)	H24	1	1		
5 - SAINT-BRIEUC	TSP GARDE (RMG)	06 h - 12 h	1	1	2	2
		12 h - 14 h	2	2		
		14 h – 17 h	1	3		
		17 h – 21 h	3	3		
		21 h – 06h	2	2		
		11 h – 19 h			1	1
6 - CÔTE D'EMERAUDE	TSP GARDE (RMG)	H24 (sauf lundi 00h – 08h)	1			
		08h – 18h		1		1
	SIS	Lundi 00h – 08h	1			
		18h – 08h		1		
7 - LANNION	TSP GARDE (RMG)	H24	1	1		
8 - PAIMPOL	TSP GARDE (RMG)	H24	1	1		1

NB : l'organisation des transports sanitaires urgents sur les territoires insulaires sera travaillée en cours d'année 2025, notamment dans le cadre de l'élaboration de la convention tripartite. Des mesures spécifiques pourront émarger au CLS des îles du Ponant.

[2] **Revenu minimum garanti**

[3] **Service d'incendie et de secours**

Département du Finistère

1. **Carte des 13 secteurs de garde**



2. Composition communale des secteurs de garde du Finistère

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
29001	Argol	29007	Crozon
29002	Arzano	29013	Quimperlé
29003	Audierne	29009	Douarnenez
29004	Bannalec	29013	Quimperlé
29005	Baye	29013	Quimperlé
29006	Bénodet	29010	Quimper
29007	Berrien	29006	Carhaix-Plouguer
29008	Beuzec-Cap-Sizun	29009	Douarnenez
29010	Bodilis	29003	St-Pol de Léon
29011	Bohars	29001	Brest
29012	Bolazec	29006	Carhaix-Plouguer
29013	Botmeur	29005	Landerneau
29014	Botsorhel	29004	Morlaix
29015	Bourg-Blanc	29002	Plabennec
29016	Brasparts	29008	Châteaulin
29017	Brélès	29001	Brest
29018	Brennilis	29006	Carhaix-Plouguer
29019	Brest	29001	Brest
29020	Briec	29008	Châteaulin
29021	Plounéour-Brignogan-plages	29002	Plabennec
29022	Camaret-sur-Mer	29007	Crozon
29023	Carantec	29003	St-Pol de Léon
29024	Carhaix-Plouguer	29006	Carhaix-Plouguer
29025	Cast	29008	Châteaulin
29026	Châteaulin	29008	Châteaulin
29027	Châteauneuf-du-Faou	29006	Carhaix-Plouguer
29028	Cléden-Cap-Sizun	29009	Douarnenez
29029	Cléden-Poher	29006	Carhaix-Plouguer
29030	Cléder	29003	St-Pol de Léon
29031	Clohars-Carnoët	29013	Quimperlé
29032	Clohars-Fouesnant	29010	Quimper
29033	Le Cloître-Pleyben	29008	Châteaulin
29034	Le Cloître-Saint-Thégonnec	29004	Morlaix
29035	Coat-Méal	29002	Plabennec
29036	Collorec	29006	Carhaix-Plouguer
29037	Combrit	29012	Pont-l'Abbé
29038	Commana	29005	Landerneau
29039	Concarneau	29011	Rosporden
29040	Le Conquet	29001	Brest
29041	Coray	29011	Rosporden
29042	Crozon	29007	Crozon
29043	Daoulas	29005	Landerneau
29044	Dinéault	29008	Châteaulin
29045	Dirinon	29005	Landerneau
29046	Douarnenez	29009	Douarnenez

ARS - R53-2025-06-24-00002 - Arrêté portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
29047	Le Drennec	29002	Plabennec
29048	Edern	29008	Châteaulin
29049	Elliant	29011	Rosporden
29051	Ergué-Gabéric	29010	Quimper
29053	Le Faou	29005	Landerneau
29054	La Feuillée	29006	Carhaix-Plouguer
29055	Le Folgoët	29002	Plabennec
29056	La Forest-Landerneau	29005	Landerneau
29057	La Forêt-Fouesnant	29010	Quimper
29058	Fouesnant	29010	Quimper
29059	Garlan	29004	Morlaix
29060	Gouesnach	29010	Quimper
29061	Gouesnou	29001	Brest
29062	Gouézec	29008	Châteaulin
29063	Goulien	29009	Douarnenez
29064	Goulven	29002	Plabennec
29065	Gourlizon	29009	Douarnenez
29066	Guengat	29008	Châteaulin
29067	Guerlesquin	29004	Morlaix
29068	Guiclan	29004	Morlaix
29069	Guilers	29001	Brest
29070	Guiler-sur-Goyen	29009	Douarnenez
29071	Guilligomarc'h	29013	Quimperlé
29072	Guilvinec	29009	Douarnenez
29073	Guimaëc	29004	Morlaix
29074	Guimiliau	29005	Landerneau
29075	Guipavas	29001	Brest
29076	Milizac-Guipronvel	29001	Brest
29077	Guissény	29002	Plabennec
29078	Hanvec	29005	Landerneau
29079	Henvic	29003	St-Pol de Léon
29080	Hôpital-Camfrout	29005	Landerneau
29081	Huelgoat	29006	Carhaix-Plouguer
29082	Île-de-Batz	00000	Pas d'appartenance à un secteur
29083	Île-de-Sein	00000	Pas d'appartenance à un secteur
29084	Île-Molène	00000	Pas d'appartenance à un secteur
29085	Île-Tudy	29012	Pont-l'Abbé
29086	Irvillac	29005	Landerneau
29087	Le Juch	29009	Douarnenez
29089	Kergloff	29006	Carhaix-Plouguer
29090	Kerlaz	29009	Douarnenez
29091	Kerlouan	29002	Plabennec
29093	Kernilis	29002	Plabennec
29094	Kernouës	29002	Plabennec
29095	Kersaint-Plabennec	29002	Plabennec
29097	Lampaul-Guimiliau	29005	Landerneau
29098	Lampaul-Plouarzel	29001	Brest
29099	Lampaul-Ploudalmézeau	29001	Brest

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
29100	Lanarvily	29002	Plabennec
29101	Landéda	29002	Plabennec
29102	Landeleau	29006	Carhaix-Plouguer
29103	Landerneau	29005	Landerneau
29104	Landévennec	29007	Crozon
29105	Landivisiau	29003	St-Pol de Léon
29106	Landrévarzec	29008	Châteaulin
29107	Landudal	29008	Châteaulin
29108	Landudec	29009	Douarnenez
29109	Landunvez	29001	Brest
29110	Langolen	29008	Châteaulin
29111	Lanhouarneau	29003	St-Pol de Léon
29112	Lanildut	29001	Brest
29113	Lanmeur	29004	Morlaix
29114	Lannéanou	29004	Morlaix
29115	Lannédern	29008	Châteaulin
29116	Lanneuffret	29005	Landerneau
29117	Lannilis	29002	Plabennec
29119	Lanrivoaré	29001	Brest
29120	Lanvéoc	29007	Crozon
29122	Laz	29008	Châteaulin
29123	Lennon	29008	Châteaulin
29124	Lesneven	29002	Plabennec
29125	Leuhan	29011	Rosporden
29126	Loc-Brévalaire	29002	Plabennec
29128	Loc-Eguiner	29005	Landerneau
29130	Locmaria-Plouzané	29001	Brest
29131	Locmélar	29005	Landerneau
29132	Locquénolé	29003	St-Pol de Léon
29133	Locquirec	29004	Morlaix
29134	Locronan	29009	Douarnenez
29135	Loctudy	29012	Pont-l'Abbé
29136	Locunolé	29013	Quimperlé
29137	Logonna-Daoulas	29005	Landerneau
29139	Lopérec	29005	Landerneau
29140	Loperhet	29005	Landerneau
29141	Loqueffret	29006	Carhaix-Plouguer
29142	Lothey	29008	Châteaulin
29143	Mahalon	29009	Douarnenez
29144	La Martyre	29005	Landerneau
29145	Confort-Meilars	29009	Douarnenez
29146	Melgven	29011	Rosporden
29147	Mellac	29013	Quimperlé
29148	Mespaul	29003	St-Pol de Léon
29150	Moëlan-sur-Mer	29013	Quimperlé
29151	Morlaix	29004	Morlaix
29152	Motreff	29006	Carhaix-Plouguer
29153	Névez	29011	Rosporden

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
29155	Ouessant	00000	Pas d'appartenance à un secteur
29156	Pencran	29005	Landerneau
29158	Penmarch	29012	Pont-l'Abbé
29159	Peumerit	29012	Pont-l'Abbé
29160	Plabennec	29002	Plabennec
29161	Pleuven	29010	Quimper
29162	Pleyben	29008	Châteaulin
29163	Pleyber-Christ	29004	Morlaix
29165	Plobannalec-Lesconil	29012	Pont-l'Abbé
29166	Ploéven	29008	Châteaulin
29167	Plogastel-Saint-Germain	29012	Pont-l'Abbé
29168	Plogoff	29009	Douarnenez
29169	Plogonnec	29008	Châteaulin
29170	Plomelin	29010	Quimper
29171	Plomeur	29012	Pont-l'Abbé
29172	Plomodiern	29008	Châteaulin
29173	Plonéis	29009	Douarnenez
29174	Plonéour-Lanvern	29012	Pont-l'Abbé
29175	Plonévez-du-Faou	29006	Carhaix-Plouguer
29176	Plonévez-Porzay	29009	Douarnenez
29177	Plouarzel	29001	Brest
29178	Ploudalmézeau	29001	Brest
29179	Ploudaniel	29002	Plabennec
29180	Ploudiry	29005	Landerneau
29181	Plouédern	29005	Landerneau
29182	Plouégat-Guérand	29004	Morlaix
29183	Plouégat-Moysan	29004	Morlaix
29184	Plouénan	29003	St-Pol de Léon
29185	Plouescat	29003	St-Pol de Léon
29186	Plouezoc'h	29004	Morlaix
29187	Plougar	29003	St-Pol de Léon
29188	Plougasnou	29004	Morlaix
29189	Plougastel-Daoulas	29001	Brest
29190	Plougonvelin	29001	Brest
29191	Plougonven	29004	Morlaix
29192	Plougoulm	29003	St-Pol de Léon
29193	Plougourvest	29003	St-Pol de Léon
29195	Plouguerneau	29002	Plabennec
29196	Plouguin	29002	Plabennec
29197	Plouhinec	29009	Douarnenez
29198	Plouider	29002	Plabennec
29199	Plouigneau	29004	Morlaix
29201	Ploumoguer	29001	Brest
29202	Plounéour-Ménez	29004	Morlaix
29204	Plounéventer	29003	St-Pol de Léon
29205	Plounévézel	29006	Carhaix-Plouguer
29206	Plounévez-Lochrist	29003	St-Pol de Léon
29207	Plourin-lès-Morlaix	29004	Morlaix

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
29208	Plourin	29001	Brest
29209	Plouvien	29002	Plabennec
29210	Plouvorn	29003	St-Pol de Léon
29211	Plouyé	29006	Carhaix-Plouguer
29212	Plouzané	29001	Brest
29213	Plouzévédé	29003	St-Pol de Léon
29214	Plovan	29012	Pont-l'Abbé
29215	Plozévet	29009	Douarnenez
29216	Pluguffan	29010	Quimper
29217	Pont-Aven	29011	Rosporden
29218	Pont-Croix	29009	Douarnenez
29220	Pont-l'Abbé	29012	Pont-l'Abbé
29221	Porspoder	29001	Brest
29222	Port-Launay	29008	Châteaulin
29224	Pouldergat	29009	Douarnenez
29225	Pouldreuzic	29012	Pont-l'Abbé
29226	Poullan-sur-Mer	29009	Douarnenez
29227	Poullaouen	29006	Carhaix-Plouguer
29228	Primelin	29009	Douarnenez
29229	Quéménéven	29008	Châteaulin
29230	Querrien	29013	Quimperlé
29232	Quimper	29010	Quimper
29233	Quimperlé	29013	Quimperlé
29234	Rédené	29013	Quimperlé
29235	Le Relecq-Kerhuon	29001	Brest
29236	Riec-sur-Bélon	29013	Quimperlé
29237	La Roche-Maurice	29005	Landerneau
29238	Roscanvel	29007	Crozon
29239	Roscoff	29003	St-Pol de Léon
29240	Rosnoën	29007	Crozon
29241	Rosporden	29011	Rosporden
29243	Saint-Coulitz	29008	Châteaulin
29244	Saint-Derrien	29003	St-Pol de Léon
29245	Saint-Divy	29005	Landerneau
29246	Saint-Eloy	29005	Landerneau
29247	Saint-Évarzec	29010	Quimper
29248	Saint-Frégant	29002	Plabennec
29249	Saint-Goazec	29006	Carhaix-Plouguer
29250	Saint-Hernin	29006	Carhaix-Plouguer
29251	Saint-Jean-du-Doigt	29004	Morlaix
29252	Saint-Jean-Trolimon	29012	Pont-l'Abbé
29254	Saint-Martin-des-Champs	29004	Morlaix
29255	Saint-Méen	29002	Plabennec
29256	Saint-Nic	29007	Crozon
29257	Saint-Pabu	29002	Plabennec
29259	Saint-Pol-de-Léon	29003	St-Pol de Léon
29260	Saint-Renan	29001	Brest
29261	Saint-Rivoal	29005	Landerneau

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
29262	Saint-Sauveur	29005	Landerneau
29263	Saint-Ségal	29008	Châteaulin
29264	Saint-Servais	29003	St-Pol de Léon
29265	Sainte-Sève	29004	Morlaix
29266	Saint-Thégonnec Loc-Eguiner	29004	Morlaix
29267	Saint-Thois	29008	Châteaulin
29268	Saint-Thonan	29002	Plabennec
29269	Saint-Thurien	29013	Quimperlé
29270	Saint-Urbain	29005	Landerneau
29271	Saint-Vougay	29003	St-Pol de Léon
29272	Saint-Yvi	29011	Rosporden
29273	Santec	29003	St-Pol de Léon
29274	Scaër	29011	Rosporden
29275	Scrignac	29006	Carhaix-Plouguer
29276	Sibiril	29003	St-Pol de Léon
29277	Sizun	29005	Landerneau
29278	Spézet	29006	Carhaix-Plouguer
29279	Taulé	29003	St-Pol de Léon
29280	Telgruc-sur-Mer	29007	Crozon
29281	Tourch	29011	Rosporden
29282	Trébabu	29001	Brest
29284	Treffiagat	29012	Pont-l'Abbé
29285	Tréflaouénan	29003	St-Pol de Léon
29286	Tréflévénez	29005	Landerneau
29287	Tréflez	29003	St-Pol de Léon
29288	Trégarantec	29002	Plabennec
29289	Trégarvan	29007	Crozon
29290	Tréglonou	29002	Plabennec
29291	Trégourez	29008	Châteaulin
29292	Tréguennec	29012	Pont-l'Abbé
29293	Trégunc	29011	Rosporden
29294	Le Tréhou	29005	Landerneau
29295	Trémaouézan	29005	Landerneau
29296	Tréméoc	29012	Pont-l'Abbé
29297	Tréméven	29013	Quimperlé
29298	Tréogat	29012	Pont-l'Abbé
29299	Tréouergat	29001	Brest
29300	Le Trévoux	29013	Quimperlé
29301	Trézilidé	29003	St-Pol de Léon
29302	Pont-de-Buis-lès-Quimerch	29005	Landerneau

3. Organisation de la garde sur le département du Finistère

a) Organisation permanente

SECTEURS DE GARDE	EFFECTEURS	Nombre de vecteurs - Tous les jours de l'année	
		08 h - 20 h	20 h - 08 h
1 - BREST	TSP GARDES (RMG)		3
	TSP HORS GARDES (SANS RMG)	3	
2 - PLABENNEC	TSP GARDES (RMG)	1	1
3 - SAINT POL DE LEON	TSP GARDES (RMG)	1	1
4 - MORLAIX	TSP GARDES (RMG)	1	1
5 - LANDERNEAU	TSP GARDES (RMG)	2	1
6 - CARHAIX-PLOUGUER	TSP GARDES (RMG)	1	1
7 - CROZON	TSP GARDES (RMG)	1	1
8 - CHATEAULIN	TSP GARDES (RMG)	1	1
9 - DOUARNENEZ	TSP GARDES (RMG)	1	1
10 – QUIMPER	TSP GARDES (RMG)		2
	TSP HORS GARDES (SANS RMG)	2	
11 - ROSPORDEN	TSP GARDES (RMG)	1	1
12 - PONT L'ABBE	TSP GARDES (RMG)	1	1
13 – QUIMPERLE	TSP GARDES (RMG)	1	1

NB : *L'organisation des transports sanitaires urgents sur les territoires insulaires sera travaillée en cours d'année, notamment dans le cadre de la convention tripartite. Des mesures spécifiques pourront émarger au CLS des îles du Ponant*

b) Organisation expérimentale du 1er juillet au 31 décembre 2024

LIGNES DE RENFORT INTERSECTORIELLES	EFFECTEURS	Nombre de vecteurs - Du lundi au vendredi	
		09h -19h	08h – 20h
1 – BREST PLABENNEC LANDERNEAU	TSP GARDES (RMG)	1	
2 – MORLAIX SAINT POL DE LEON CARHAIX	TSP GARDES (RMG)		1
3 – ROSPORDEN QUIMPER QUIMPERLE	TSP GARDES (RMG)	1	

Une évaluation sera réalisée à l'issue de la période de six mois sur la base des indicateurs suivants :

- Nombre de transports refusés par secteur de garde en 2023 et 2024
- Nombre de carences 2023 et 2024 par secteurs de garde
- Nombre de transports réalisés par les ambulances de garde intersectorielle, dont :
  - Nombre de transports bariatriques
  - Nombre de transports secondaires urgents
  - Nombre de relais assurés par les transporteurs auprès des SIS
- Montant moyen du RMG perçu par secteur de garde (par ligne de garde intersectorielle et sur chaque secteur)

Département d'Ille et Vilaine

1. **Carte des 12 secteurs de garde**



2. **Composition communale des secteurs de garde d'Ille-et-Vilaine**

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
35001	Acigné	35006	Liffré
35002	Amanlis	35003	Rétiers
35003	Andouillé-Neuville	35006	Liffré
35004	Val-Couesnon	35011	Combourg
35005	Arbrissel	35003	Rétiers
35006	Argentré-du-Plessis	35004	Vitré
35007	Aubigné	35006	Liffré
35008	Availles-sur-Seiche	35003	Rétiers
35009	Baguer-Morvan	35012	St-Malo
35010	Baguer-Pican	35012	St-Malo
35012	Bain-de-Bretagne	35002	Bain-de-Bretagne
35013	Bains-sur-Oust	35001	Redon
35014	Bais	35004	Vitré
35015	Balazé	35004	Vitré
35016	Baulon	35009	Baulon
35017	La Baussaine	35010	Montauban
35018	La Bazouge-du-Désert	35005	Fougères
35019	Bazouges-la-Pérouse	35011	Combourg
35021	Beaucé	35005	Fougères
35022	Bécherel	35010	Montauban
35023	Bédée	35010	Montauban
35024	Betton	35007	Rennes
35025	Billé	35005	Fougères
35026	Bléruais	35010	Montauban
35027	Boisgervilly	35010	Montauban
35028	Boistrudan	35003	Rétiers
35029	Bonnemain	35011	Combourg
35030	La Bosse-de-Bretagne	35002	Bain-de-Bretagne
35031	La Bouëxière	35006	Liffré
35032	Bourgbarré	35007	Rennes
35033	Bourg-des-Comptes	35002	Bain-de-Bretagne
35034	La Boussac	35011	Combourg
35035	Bovel	35009	Baulon
35037	Bréal-sous-Montfort	35009	Baulon
35038	Bréal-sous-Vitré	35004	Vitré
35039	Brécé	35006	Liffré
35040	Breteil	35010	Montauban
35041	Brie	35003	Rétiers
35042	Brielles	35004	Vitré
35044	Broualan	35012	St-Malo
35045	Bruc-sur-Aff	35001	Redon
35046	Les Brulais	35009	Baulon
35047	Bruz	35007	Rennes
35049	Cancale	35012	St-Malo
35050	Cardroc	35010	Montauban
35051	Cesson-Sévigné	35007	Rennes
35052	Champeaux	35004	Vitré
35054	Chanteloup	35003	Rétiers

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
35055	Chantepie	35007	Rennes
35056	La Chapelle-aux-Filtzméens	35011	Combourg
35057	La Chapelle-Bouëxic	35009	Baulon
35058	La Chapelle-Chaussée	35010	Montauban
35059	La Chapelle-des-Fougeretz	35007	Rennes
35060	La Chapelle du Lou du Lac	35010	Montauban
35061	La Chapelle-Erbrée	35004	Vitré
35062	La Chapelle-Janson	35005	Fougères
35063	La Chapelle-Saint-Aubert	35005	Fougères
35064	La Chapelle-de-Brain	35001	Redon
35065	La Chapelle-Thouarault	35007	Rennes
35066	Chartres-de-Bretagne	35007	Rennes
35067	Chasné-sur-Illet	35006	Liffré
35068	Châteaubourg	35004	Vitré
35069	Châteaugiron	35003	Rétiers
35070	Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine	35012	St-Malo
35071	Le Châtellier	35005	Fougères
35072	Châtillon-en-Vendelais	35004	Vitré
35075	Chauvigné	35011	Combourg
35076	Chavagne	35007	Rennes
35077	Chelun	35003	Rétiers
35078	Cherrueix	35012	St-Malo
35079	Chevaigné	35007	Rennes
35080	Cintré	35007	Rennes
35081	Clayes	35007	Rennes
35082	Coësmes	35003	Rétiers
35084	Comblessac	35009	Baulon
35085	Combourg	35011	Combourg
35086	Combourtillé	35005	Fougères
35087	Cornillé	35004	Vitré
35088	Corps-Nuds	35003	Rétiers
35089	La Couyère	35003	Rétiers
35090	Crevin	35002	Bain-de-Bretagne
35091	Le Crouais	35010	Montauban
35092	Cuguen	35011	Combourg
35093	Dinard	35012	St-Malo
35094	Dingé	35011	Combourg
35095	Dol-de-Bretagne	35012	St-Malo
35096	Domagné	35004	Vitré
35097	Domalain	35003	Rétiers
35098	La Dominelais	35002	Bain-de-Bretagne
35099	Domloup	35007	Rennes
35101	Dourdain	35006	Liffré
35102	Drouges	35003	Rétiers
35103	Eancé	35003	Rétiers
35104	Epiniac	35012	St-Malo
35105	Erbrée	35004	Vitré
35106	Ercé-en-Lamée	35002	Bain-de-Bretagne

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
35107	Ercé-près-Liffré	35006	Liffré
35108	Essé	35003	Rétiers
35109	Étrelles	35004	Vitré
35110	Feins	35011	Combourg
35111	Le Ferré	35005	Fougères
35112	Fleurigné	35005	Fougères
35114	Forges-la-Forêt	35003	Rétiers
35115	Fougères	35005	Fougères
35116	La Fresnais	35012	St-Malo
35117	Gaël	35010	Montauban
35118	Gahard	35006	Liffré
35119	Gennes-sur-Seiche	35004	Vitré
35120	Gévezé	35007	Rennes
35121	Gosné	35006	Liffré
35122	La Gouesnière	35012	St-Malo
35123	Goven	35009	Baulon
35124	Grand-Fougeray	35002	Bain-de-Bretagne
35125	La Guerche-de-Bretagne	35003	Rétiers
35126	Guichen	35009	Baulon
35127	Guignen	35009	Baulon
35128	Guipel	35011	Combourg
35130	Hédé-Bazouges	35011	Combourg
35131	L'Hermitage	35007	Rennes
35132	Hirel	35012	St-Malo
35133	Iffendic	35010	Montauban
35134	Les Iffs	35010	Montauban
35135	Irodouër	35010	Montauban
35136	Janzé	35003	Rétiers
35137	Javené	35005	Fougères
35138	Laignelet	35005	Fougères
35139	Laillé	35007	Rennes
35140	Lalleu	35003	Rétiers
35141	Landavran	35004	Vitré
35142	Landéan	35005	Fougères
35143	Landujan	35010	Montauban
35144	Langan	35010	Montauban
35145	Langon	35001	Redon
35146	Langouet	35010	Montauban
35148	Lanrigan	35011	Combourg
35149	Lassy	35009	Baulon
35150	Lécousse	35005	Fougères
35151	Lieuron	35009	Baulon
35152	Liffré	35006	Liffré
35153	Lillemer	35012	St-Malo
35154	Livré-sur-Changeon	35006	Liffré
35155	Lohéac	35009	Baulon
35156	Longaulnay	35010	Montauban
35157	Le Loroux	35005	Fougères

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
35159	Lourmais	35011	Combourg
35160	Loutehel	35009	Baulon
35161	Louvigné-de-Bais	35004	Vitré
35162	Louvigné-du-Désert	35005	Fougères
35163	Luitré-Dompierre	35005	Fougères
35164	Marcillé-Raoul	35011	Combourg
35165	Marcillé-Robert	35003	Rétiers
35166	Marpiré	35004	Vitré
35167	Martigné-Ferchaud	35003	Rétiers
35168	Val d'Anast	35009	Baulon
35169	Maxent	35009	Baulon
35170	Mecé	35006	Liffré
35171	Médréac	35010	Montauban
35172	Meillac	35011	Combourg
35173	Melesse	35007	Rennes
35174	Mellé	35005	Fougères
35175	Mernel	35009	Baulon
35176	Guipry-Messac	35002	Bain-de-Bretagne
35177	La Mézière	35007	Rennes
35178	Mézières-sur-Couesnon	35006	Liffré
35179	Miniac-Morvan	35012	St-Malo
35180	Miniac-sous-Bécherel	35010	Montauban
35181	Le Minihic-sur-Rance	35012	St-Malo
35183	Mondevert	35004	Vitré
35184	Montauban-de-Bretagne	35010	Montauban
35185	Montautour	35004	Vitré
35186	Mont-Dol	35012	St-Malo
35187	Monterfil	35010	Montauban
35188	Montfort-sur-Meu	35010	Montauban
35189	Montgermont	35007	Rennes
35190	Monthault	35005	Fougères
35191	Les Portes du Coglais	35005	Fougères
35192	Montreuil-des-Landes	35005	Fougères
35193	Montreuil-le-Gast	35011	Combourg
35194	Montreuil-sous-Pérouse	35004	Vitré
35195	Montreuil-sur-Ille	35011	Combourg
35196	Mordelles	35007	Rennes
35197	Mouazé	35006	Liffré
35198	Moulins	35003	Rétiers
35199	Moussé	35003	Rétiers
35200	Moutiers	35003	Rétiers
35201	Muel	35010	Montauban
35202	La Noë-Blanche	35002	Bain-de-Bretagne
35203	La Nouaye	35010	Montauban
35204	Nouvoitou	35007	Rennes
35205	Noyal-sous-Bazouges	35011	Combourg
35206	Noyal-Châtillon-sur-Seiche	35007	Rennes
35207	Noyal-sur-Vilaine	35006	Liffré

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
35208	Orgères	35007	Rennes
35210	Pacé	35007	Rennes
35211	Paimpont	35009	Baulon
35212	Pancé	35002	Bain-de-Bretagne
35214	Parcé	35005	Fougères
35215	Parigné	35005	Fougères
35216	Parthenay-de-Bretagne	35007	Rennes
35217	Le Pertre	35004	Vitré
35218	Le Petit-Fougeray	35002	Bain-de-Bretagne
35219	Pipriac	35001	Redon
35220	Piré-Chancé	35003	Rétiers
35221	Pléchâtel	35002	Bain-de-Bretagne
35222	Pleine-Fougères	35012	St-Malo
35223	Plélan-le-Grand	35009	Baulon
35224	Plerguer	35012	St-Malo
35225	Plesder	35011	Combourg
35226	Pleugueneuc	35011	Combourg
35227	Pleumeleuc	35010	Montauban
35228	Pleurtuit	35012	St-Malo
35229	Pocé-les-Bois	35004	Vitré
35230	Poilley	35005	Fougères
35231	Poligné	35002	Bain-de-Bretagne
35232	Princé	35004	Vitré
35233	Québriac	35011	Combourg
35234	Quédillac	35010	Montauban
35235	Rannée	35003	Rétiers
35236	Redon	35001	Redon
35237	Renac	35001	Redon
35238	Rennes	35007	Rennes
35239	Retiers	35003	Rétiers
35240	Le Rheu	35007	Rennes
35241	La Richardais	35012	St-Malo
35242	Rimou	35011	Combourg
35243	Romagné	35005	Fougères
35244	Romazy	35011	Combourg
35245	Romillé	35010	Montauban
35246	Roz-Landrieux	35012	St-Malo
35247	Roz-sur-Couesnon	35012	St-Malo
35248	Sains	35012	St-Malo
35249	Sainte-Anne-sur-Vilaine	35002	Bain-de-Bretagne
35250	Saint-Armel	35007	Rennes
35251	Saint-Aubin-d'Aubigné	35006	Liffré
35252	Saint-Aubin-des-Landes	35004	Vitré
35253	Saint-Aubin-du-Cormier	35006	Liffré
35255	Saint-Benoît-des-Ondes	35012	St-Malo
35256	Saint-Briac-sur-Mer	35012	St-Malo
35257	Maen Roch	35005	Fougères
35258	Saint-Brieuc-des-Iffs	35010	Montauban

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
35259	Saint-Broladre	35012	St-Malo
35260	Saint-Christophe-des-Bois	35004	Vitré
35261	Saint-Christophe-de-Valains	35006	Liffré
35262	Sainte-Colombe	35003	Rétiers
35263	Saint-Coulomb	35012	St-Malo
35264	Saint-Didier	35004	Vitré
35265	Saint-Domineuc	35011	Combourg
35266	Saint-Erblon	35007	Rennes
35268	Saint-Ganton	35001	Redon
35270	Saint-Georges-de-Gréhaigne	35012	St-Malo
35271	Saint-Georges-de-Reintembault	35005	Fougères
35272	Saint-Germain-du-Pinel	35004	Vitré
35273	Saint-Germain-en-Coglès	35005	Fougères
35274	Saint-Germain-sur-Ille	35011	Combourg
35275	Saint-Gilles	35007	Rennes
35276	Saint-Gondran	35010	Montauban
35277	Saint-Gonlay	35010	Montauban
35278	Saint-Grégoire	35007	Rennes
35279	Saint-Guinoux	35012	St-Malo
35280	Saint-Hilaire-des-Landes	35005	Fougères
35281	Saint-Jacques-de-la-Lande	35007	Rennes
35282	Rives-du-Couesnon	35006	Liffré
35283	Saint-Jean-sur-Vilaine	35004	Vitré
35284	Saint-Jouan-des-Guérets	35012	St-Malo
35285	Saint-Just	35001	Redon
35286	Saint-Léger-des-Prés	35011	Combourg
35287	Saint-Lunaire	35012	St-Malo
35288	Saint-Malo	35012	St-Malo
35289	Saint-Malo-de-Phily	35002	Bain-de-Bretagne
35290	Saint-Malon-sur-Mel	35010	Montauban
35291	Saint-Marcan	35012	St-Malo
35292	Saint-Marc-le-Blanc	35005	Fougères
35294	Sainte-Marie	35001	Redon
35295	Saint-Maugan	35010	Montauban
35296	Saint-Médard-sur-Ille	35011	Combourg
35297	Saint-Méen-le-Grand	35010	Montauban
35299	Saint-Méloir-des-Ondes	35012	St-Malo
35300	Saint-M'Hervé	35004	Vitré
35302	Saint-Onen-la-Chapelle	35010	Montauban
35304	Saint-Ouen-des-Alleux	35006	Liffré
35305	Saint-Péran	35009	Baulon
35306	Saint-Père-Marc-en-Poulet	35012	St-Malo
35307	Saint-Pern	35010	Montauban
35308	Mesnil-Roc'h	35011	Combourg
35309	Saint-Rémy-du-Plain	35011	Combourg
35310	Saint-Sauveur-des-Landes	35005	Fougères
35311	Saint-Séglin	35009	Baulon
35312	Saint-Senoux	35009	Baulon

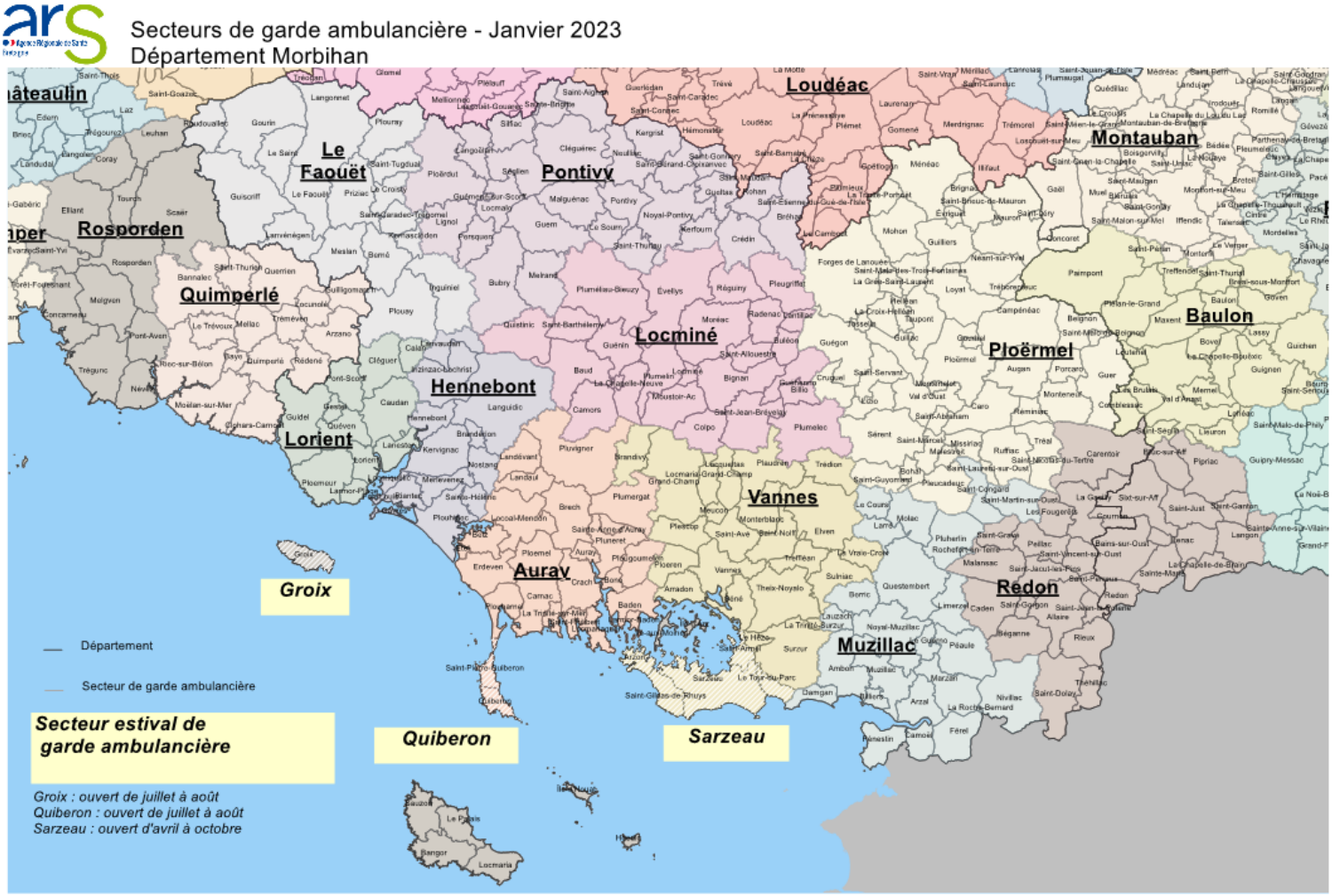
CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
35314	Saint-Suliac	35012	St-Malo
35315	Saint-Sulpice-la-Forêt	35006	Liffré
35316	Saint-Sulpice-des-Landes	35002	Bain-de-Bretagne
35317	Saint-Symphorien	35010	Montauban
35318	Saint-Thual	35010	Montauban
35319	Saint-Thurial	35009	Baulon
35320	Saint-Uniac	35010	Montauban
35321	Saulnières	35002	Bain-de-Bretagne
35322	Le Sel-de-Bretagne	35002	Bain-de-Bretagne
35324	La Selle-en-Luitré	35005	Fougères
35325	La Selle-Guerchaise	35003	Rétiers
35326	Sens-de-Bretagne	35006	Liffré
35327	Servon-sur-Vilaine	35006	Liffré
35328	Sixt-sur-Aff	35001	Redon
35329	Sougéal	35012	St-Malo
35330	Taillis	35004	Vitré
35331	Talensac	35010	Montauban
35332	Teillay	35002	Bain-de-Bretagne
35333	Le Theil-de-Bretagne	35003	Rétiers
35334	Thorigné-Fouillard	35007	Rennes
35335	Thourie	35003	Rétiers
35336	Le Tiercent	35005	Fougères
35337	Tinténiac	35011	Combourg
35338	Torcé	35004	Vitré
35339	Trans-la-Forêt	35012	St-Malo
35340	Treffendel	35009	Baulon
35342	Trémeheuc	35011	Combourg
35343	Tresbœuf	35003	Rétiers
35345	Trévérien	35011	Combourg
35346	Trimer	35011	Combourg
35347	Val-d'Izé	35004	Vitré
35350	Vergéal	35004	Vitré
35351	Le Verger	35010	Montauban
35352	Vern-sur-Seiche	35007	Rennes
35353	Vezin-le-Coquet	35007	Rennes
35354	Vieux-Viel	35012	St-Malo
35355	Vieux-Vy-sur-Couesnon	35011	Combourg
35356	Vignoc	35011	Combourg
35357	Villamée	35005	Fougères
35358	La Ville-ès-Nonais	35012	St-Malo
35359	Visseiche	35003	Rétiers
35360	Vitré	35004	Vitré
35361	Le Vivier-sur-Mer	35012	St-Malo
35362	Le Tronchet	35012	St-Malo
35363	Pont-Péan	35007	Rennes

3. Organisation de la garde sur le département d'Ille-et-Vilaine

SECTEURS DE GARDE	EFFECTEURS	Du lundi au Vendredi		Samedi		Dimanche et JF	
		08 h - 20 h	20 h - 08 h	08 h - 20 h	20 h - 08 h	08 h - 20 h	20 h - 08 h
1 - REDON	TSP GARDES (RMG)	1	2	1	2	1	2
	SIS						
2 - BAIN DE BRETAGNE	TSP GARDES (RMG)	1	1	1	1	1	1
	SIS						
3 - RETIERS	TSP GARDES (RMG)	1	1	1	1	1	1
	SIS						
4 - VITRE	TSP GARDES (RMG)	1	2	1	2	1	2
	SIS						
5 - FOUGERES	TSP GARDES (RMG)	1	2	1	2	1	2
	SIS						
6 - LIFFRE	TSP GARDES (RMG)	1	1	1	1	1	1
	SIS						
7 - RENNES	TSP GARDES (RMG)	1	2	1	2	2	2
	SIS						
9 - BAULON	TSP GARDES (RMG)	1	1	1	1	1	1
	SIS						
10 - MONTAUBAN DE BRETAGNE	TSP GARDES (RMG)	1	1	1	1	1	1
	SIS						
11 - COMBOURG	TSP GARDES (RMG)	1	1	1	1	1	1
	SIS						
12 - SAINT-MALO*	TSP GARDES (RMG)	1	2	2	2	2	2
	SIS						

Département du Morbihan

1. Carte des 13 secteurs de garde, dont 3 estivaux



2. Composition communale des secteurs de garde

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
56001	Allaire	35001	Redon
56002	Ambon	56006	Muzillac
56003	Arradon	56009	Vannes
56004	Arzal	56006	Muzillac
56005	Arzon *	56009	Vannes
56006	Augan	56007	Ploërmel
56007	Auray	56001	Auray
56008	Baden	56001	Auray
56009	Bangor	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56010	Baud	56004	Locminé
56011	Béganne	35001	Redon
56012	Beignon	56007	Ploërmel
56013	Belz	56001	Auray
56014	Berné	56002	Le Faouët
56015	Berric	56006	Muzillac
56017	Bignan	56004	Locminé
56018	Billiers	56006	Muzillac
56019	Billio	56004	Locminé
56020	Bohal	56007	Ploërmel
56021	Brandérion	56003	Hennebont
56022	Brandivy	56009	Vannes
56023	Brech	56001	Auray
56024	Bréhan	56008	Pontivy
56025	Brignac	56007	Ploërmel
56026	Bubry	56008	Pontivy
56027	Buléon	56004	Locminé
56028	Caden	35001	Redon
56029	Calan	56005	Lorient
56030	Camoël	56006	Muzillac
56031	Camors	56004	Locminé
56032	Campénéac	56007	Ploërmel
56033	Carentoir	35001	Redon
56034	Carnac	56001	Auray
56035	Caro	56007	Ploërmel
56036	Caudan	56005	Lorient
56039	La Chapelle-Neuve	56004	Locminé
56040	Cléguer	56005	Lorient
56041	Cléguérec	56008	Pontivy
56042	Colpo	56004	Locminé
56043	Concoret	56007	Ploërmel
56044	Cournon	35001	Redon
56045	Le Cours	56006	Muzillac
56046	Crach	56001	Auray
56047	Crédin	56008	Pontivy
56048	Le Croisty	56002	Le Faouët
56050	La Croix-Helléan	56007	Ploërmel
56051	Cruguel	56007	Ploërmel

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
56052	Damgan	56006	Muzillac
56053	Elven	56009	Vannes
56054	Erdeven	56001	Auray
56055	Étel	56001	Auray
56056	Évriguet	56007	Ploërmel
56057	Le Faouët	56002	Le Faouët
56058	Férel	56006	Muzillac
56060	Les Fougerêts	35001	Redon
56061	La Gacilly	35001	Redon
56062	Gâvres	56003	Hennebont
56063	Gestel	56005	Lorient
56065	Gourhel	56007	Ploërmel
56066	Gourin	56002	Le Faouët
56067	Grand-Champ	56009	Vannes
56068	La Grée-Saint-Laurent	56007	Ploërmel
56069	Groix	56010	Pas d'appartenance à un secteur hormis en juillet et août où le secteur Groix existe
56070	Guégon	56007	Ploërmel
56071	Guéhenno	56004	Locminé
56072	Gueltas	56008	Pontivy
56073	Guémené-sur-Scorff	56008	Pontivy
56074	Guénin	56004	Locminé
56075	Guer	56007	Ploërmel
56076	Guern	56008	Pontivy
56077	Le Guerno	56006	Muzillac
56078	Guidel	56005	Lorient
56079	Guillac	56007	Ploërmel
56080	Guilliers	56007	Ploërmel
56081	Guiscriff	56002	Le Faouët
56082	Helléan	56007	Ploërmel
56083	Hennebont	56003	Hennebont
56084	Le Hézo	56009	Vannes
56085	Hœdic	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56086	Île-d'Houat	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56087	Île-aux-Moines	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56088	Île-d'Arz	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56089	Inguiniel	56002	Le Faouët
56090	Inzinzac-Lochrist	56003	Hennebont
56091	Josselin	56007	Ploërmel
56092	Kerfourn	56008	Pontivy
56093	Kergrist	56008	Pontivy
56094	Kervignac	56003	Hennebont
56096	Landaul	56001	Auray
56097	Landévant	56001	Auray
56098	Lanester	56005	Lorient
56099	Langoëlan	56008	Pontivy
56100	Langonnet	56002	Le Faouët

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
56101	Languidic	56003	Hennebont
56102	Forges de Lanouée	56007	Ploërmel
56103	Lantillac	56004	Locminé
56104	Lanvaudan	56003	Hennebont
56105	Lanvénégen	56002	Le Faouët
56106	Larmor-Baden	56001	Auray
56107	Larmor-Plage	56005	Lorient
56108	Larré	56006	Muzillac
56109	Lauzach	56006	Muzillac
56110	Lignol	56008	Pontivy
56111	Limerzel	56006	Muzillac
56112	Lizio	56007	Ploërmel
56113	Locmalo	56008	Pontivy
56114	Locmaria	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56115	Locmaria-Grand-Champ	56009	Vannes
56116	Locmariaquer	56001	Auray
56117	Locminé	56004	Locminé
56118	Locmiquélic	56003	Hennebont
56119	Locoal-Mendon	56001	Auray
56120	Locqueltas	56009	Vannes
56121	Lorient	56005	Lorient
56122	Loyat	56007	Ploërmel
56123	Malansac	35001	Redon
56124	Malestroit	56007	Ploërmel
56125	Malguénac	56008	Pontivy
56126	Marzan	56006	Muzillac
56127	Mauron	56007	Ploërmel
56128	Melrand	56008	Pontivy
56129	Ménéac	56007	Ploërmel
56130	Merlevenez	56003	Hennebont
56131	Meslan	56002	Le Faouët
56132	Meucon	56009	Vannes
56133	Missiriac	56007	Ploërmel
56134	Mohon	56007	Ploërmel
56135	Molac	56006	Muzillac
56136	Monteneuf	56007	Ploërmel
56137	Monterblanc	56009	Vannes
56139	Montertelot	56007	Ploërmel
56140	Moréac	56004	Locminé
56141	Moustoir-Ac	56004	Locminé
56143	Muzillac	56006	Muzillac
56144	Évellys	56004	Locminé
56145	Néant-sur-Yvel	56007	Ploërmel
56146	Neulliac	56008	Pontivy
56147	Nivillac	56006	Muzillac
56148	Nostang	56003	Hennebont
56149	Noyal-Muzillac	56006	Muzillac
56151	Noyal-Pontivy	56008	Pontivy

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
56152	Le Palais	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56153	Péaule	56006	Muzillac
56154	Peillac	35001	Redon
56155	Pénestin	56006	Muzillac
56156	Persquen	56008	Pontivy
56157	Plaudren	56009	Vannes
56158	Plescop	56009	Vannes
56159	Pleucadeuc	56007	Ploërmel
56160	Pleugriffet	56004	Locminé
56161	Ploemel	56001	Auray
56162	Ploemeur	56005	Lorient
56163	Ploërdut	56008	Pontivy
56164	Ploeren	56009	Vannes
56165	Ploërmel	56007	Ploërmel
56166	Plouay	56002	Le Faouët
56167	Plougoumelen	56001	Auray
56168	Plouharnel	56001	Auray
56169	Plouhinec	56003	Hennebont
56170	Plouray	56002	Le Faouët
56171	Pluherlin	56006	Muzillac
56172	Plumelec	56004	Locminé
56173	Pluméliau-Bieuzy	56004	Locminé
56174	Plumelin	56004	Locminé
56175	Plumergat	56001	Auray
56176	Pluneret	56001	Auray
56177	Pluvigner	56001	Auray
56178	Pontivy	56008	Pontivy
56179	Pont-Scorff	56005	Lorient
56180	Porcaro	56007	Ploërmel
56181	Port-Louis	56003	Hennebont
56182	Priziac	56002	Le Faouët
56184	Questembert	56006	Muzillac
56185	Quéven	56005	Lorient
56186	Quiberon**	56001	Auray
56188	Quistinic	56004	Locminé
56189	Radenac	56004	Locminé
56190	Réguiny	56004	Locminé
56191	Réminiac	56007	Ploërmel
56193	Riantec	56003	Hennebont
56194	Rieux	35001	Redon
56195	La Roche-Bernard	56006	Muzillac
56196	Rochefort-en-Terre	56006	Muzillac
56197	Val d'Oust	56007	Ploërmel
56198	Rohan	56008	Pontivy
56199	Roudouallec	56002	Le Faouët
56200	Ruffiac	56007	Ploërmel
56201	Le Saint	56002	Le Faouët
56202	Saint-Abraham	56007	Ploërmel

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
56203	Saint-Aignan	56008	Pontivy
56204	Saint-Allouestre	56004	Locminé
56205	Saint-Armel *	56009	Vannes
56206	Saint-Avé	56009	Vannes
56207	Saint-Barthélemy	56004	Locminé
56208	Saint-Brieuc-de-Mauron	56007	Ploërmel
56209	Sainte-Brigitte	56008	Pontivy
56210	Saint-Caradec-Trégomel	56002	Le Faouët
56211	Saint-Congard	56006	Muzillac
56212	Saint-Dolay	35001	Redon
56213	Saint-Gérand-Croixanvec	56008	Pontivy
56214	Saint-Gildas-de-Rhuys *	56009	Vannes
56215	Saint-Gonnery	56008	Pontivy
56216	Saint-Gorgon	35001	Redon
56218	Saint-Gravé	35001	Redon
56219	Saint-Guyomard	56007	Ploërmel
56220	Sainte-Hélène	56003	Hennebont
56221	Saint-Jacut-les-Pins	35001	Redon
56222	Saint-Jean-Brévelay	56004	Locminé
56223	Saint-Jean-la-Poterie	35001	Redon
56224	Saint-Laurent-sur-Oust	56007	Ploërmel
56225	Saint-Léry	56007	Ploërmel
56226	Saint-Malo-de-Beignon	56007	Ploërmel
56227	Saint-Malo-des-Trois-Fontaines	56007	Ploërmel
56228	Saint-Marcel	56007	Ploërmel
56229	Saint-Martin-sur-Oust	56006	Muzillac
56230	Saint-Nicolas-du-Tertre	56007	Ploërmel
56231	Saint-Nolff	56009	Vannes
56232	Saint-Perreux	35001	Redon
56233	Saint-Philibert	56001	Auray
56234	Saint-Pierre-Quiberon**	56001	Auray
56236	Saint-Servant	56007	Ploërmel
56237	Saint-Thuriau	56008	Pontivy
56238	Saint-Tugdual	56002	Le Faouët
56239	Saint-Vincent-sur-Oust	35001	Redon
56240	Sarzeau *	56009	Vannes
56241	Sauzon	00000	Pas d'appartenance à un secteur
56242	Séglien	56008	Pontivy
56243	Séné	56009	Vannes
56244	Sérent	56007	Ploërmel
56245	Silfiac	56008	Pontivy
56246	Le Sourn	56008	Pontivy
56247	Sulniac	56009	Vannes
56248	Surzur	56009	Vannes
56249	Taupont	56007	Ploërmel
56250	Théhillac	35001	Redon
56251	Theix-Noyalo	56009	Vannes
56252	Le Tour-du-Parc	56009	Vannes

CODE COMMUNE INSEE	NOM COMMUNE	CODE SECTEUR GARDE 2023	LIBELLE SECTEUR GARDE 2023
56253	Tréal	56007	Ploërmel
56254	Trédion	56009	Vannes
56255	Treffléan	56009	Vannes
56256	Tréhorenteuc	56007	Ploërmel
56257	La Trinité-Porhoët	56007	Ploërmel
56258	La Trinité-sur-Mer	56001	Auray
56259	La Trinité-Surzur	56009	Vannes
56260	Vannes	56009	Vannes
56261	La Vraie-Croix	56009	Vannes
56262	Bono	56001	Auray
56263	Sainte-Anne-d'Auray	56001	Auray
56264	Kernascléden	56002	Le Faouët

* Communes rattachées au secteur de Sarzeau d'avril à octobre. De novembre à mars, rattachement au secteur de Vannes.

**Communes rattachées au secteur estival de Quiberon en juillet et août

3. Organisation de la garde sur le département du Morbihan

SECTEURS DE GARDE	EFFECTEURS	PERIODE	Nombre de vecteurs H24
56 - 01 - AURAY	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	1
	SIS		
56 - 01 BIS - QUIBERON (dédoublement AURAY)	TSP GARDES (RMG)	du 01/07 au 31/08	1
	SIS		
56 - 02 - LE FAOUET	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	1
	SIS		
56 - 03 - HENNEBONT	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	1
	SIS		
56 - 04 - LOCMINE	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	1
	SIS		
56 - 05 - LORIENT	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	2
	SIS		
56 - 06 - MUZILLAC	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	1
	SIS		
56 - 07 - PLOERMEL	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	1
	SIS		
56 - 08 - PONTIVY	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	1
	SIS		
56 - 09 - VANNES	TSP GARDES (RMG)	Toute l'année	2
	SIS		
	TSP GARDES (RMG)	du 01/04 au 31/10	1

SECTEURS DE GARDE	EFFECTEURS	PERIODE	Nombre de vecteurs H24
56 – 09 BIS - SARZEAU (dédoublement VANNES)	**SIS**		
56 - 10 - GROIX	**TSP GARDES (RMG)**	**du 01/07 au 31/08**	1
	SIS		

NB : L'organisation des transports sanitaires urgents sur les territoires insulaires sera travaillée en cours d'année, notamment dans le cadre de la convention tripartite.

Annexe 4 : Modèle de tableau de garde

Tableau de garde

ATSU :

MOIS DE :

SECTEUR :

Date	Période	Nom entreprise	N° d'agrément	Localisation de la garde	Nombre de véhicules mis à disposition
Jour de la semaine+ JJ/MM/AAAA	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				
	… h - … h				

Une liste des sociétés et de leurs coordonnées sera jointe au tableau de garde.

Une indemnité de substitution est versée par défaut au service d'incendie et de secours identifié dès lors qu'il n'y a pas de dispositif de garde mis en œuvre par un transporteur sanitaire, quel qu'en soit l'horaire et le jour.

Annexe 5 : Fiche de permutation ou remplacement de garde

Département :

Secteur de :

SOCIÉTÉ EMPÊCHÉE

NOM ET ADRESSE DE L'IMPLANTATION : Agrément n°

_____

……
……..
……

Ne pourra pas assurer la garde départementale prévue le …….. de …… heures à …… heures.
Motif :
……..……..…
……..……
…….....

SOCIÉTÉ REMPLACANTE

NOM ET ADRESSE DE L'IMPLANTATION : Agrément n°

_____

……
……..
……

En cas de permutation,

J'effectuerai la garde de la société ……
le ……..……de ……... heures à …..…… heures.

À ……, Le ……..

Signature et tampon de la société empêchée :

Signature et tampon de la société remplaçante :

Fiche à transmettre au SAMU, à l'ARS, à l'ATSU et à la CPAM

ARS - R53-2025-06-24-00002 - Arrêté portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023

Annexe 6 : Fiche de poste type du coordonnateur ambulancier

INTITULÉ DU POSTE	**Coordonnateur ambulancier du département ……..... **
STRUCTURE DE RATTACHEMENT	**ATSU … / SAMU …**

DESCRIPTION DU POSTE

Missions générales

Dans le cadre de la réglementation applicable au transport sanitaire et des engagements convenus par les différents acteurs de l'aide médicale urgente dans le département, et en coordination étroite avec les assistants de régulation médicale du SAMU-centre 15, le coordonnateur assure l'engagement d'un moyen de transport sanitaire privé dans les délais exigés par le médecin régulateur du SAMU-centre 15, fait état du défaut de disponibilité des entreprises de transports sanitaires et assure le suivi exhaustif et détaillé de cette activité. Il est l'interlocuteur privilégié du SAMU-centre 15 et des entreprises de transport sanitaire pour toutes questions relatives au suivi au quotidien de l'activité opérationnelle des entreprises de transports sanitaires à la demande du SAMU.

L'objectif principal de la mise en place d'un coordonnateur ambulancier est de réduire les indisponibilités ambulancières, grâce à une meilleure visibilité en temps réel sur les moyens ambulanciers disponibles. Son objectif secondaire est de permettre une traçabilité complète de l'activité des ambulanciers par les outils de géolocalisation et de remontée des statuts installés à bord des véhicules et par la constitution d'une base de données détaillée.

Activités principales

Déclencher l'envoi opérationnel d'équipages ambulanciers et faire diminuer le nombre d'indisponibilités ambulancières

- Avoir une visibilité permanente de la disponibilité (délai d'intervention, moyens techniques et humains) des ambulances participant à l'aide médicale urgente, par le biais notamment d'un logiciel partagé utilisant les moyens de géolocalisation dont sont équipés les véhicules
- S'assurer de la présence d'un ou plusieurs véhicules adaptés par secteur territorial pendant les horaires où une garde est organisée
- En l'absence de garde, s'assurer de la présence d'un ou plusieurs véhicules adaptés des entreprises volontaires sur chaque secteur selon la procédure définie par l'ATSU
- Recevoir les instructions opérationnelles du médecin régulateur du SAMU-centre 15, par le biais du logiciel du SAMU, et vérifier la complétude des données nécessaires (localisation de la destination précise de l'intervention, etc.)
- Transmettre les demandes de transport sanitaire urgent aux entreprises de transport sanitaires du territoire concerné, par le biais d'un outil informatique commun et selon les procédures de sollicitation convenues dans le tableau de garde et par l'ATSU : sollicitation impérativement de l'entreprise de garde du secteur en premier lieu, puis sollicitation des entreprises volontaires dans le cadre défini par l'ATSU
- Faire état de l'impossibilité avérée de répondre en temps et en qualité à la demande du SAMU-Centre 15, le cas échéant, et faire une description de la difficulté sans délai au SAMU-centre 15, qui juge de la pertinence d'un déclenchement des moyens du SIS en carence
- Poursuivre la sollicitation des entreprises de transport sanitaire privé si, après constat initial de l'indisponibilité, le SAMU et le SIS ont décidé de temporiser l'intervention

Suivre la bonne réalisation de l'activité des transports sanitaires urgents par les ambulanciers

ARS - R53-2025-06-24-00002 - Arrêté portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023

- Suivre le déroulement des transports sanitaires urgents des équipages de transport sanitaire, se renseigner et alerter en cas de problème (ex : absence de nouvelles dans un délai exceptionnellement long)
- Répondre aux demandes et informations des entreprises de transport sanitaire en temps réel (ex : signalement de disponibilité pour renfort)
- S'assurer du bon fonctionnement en temps réel des outils informatiques et radiotéléphoniques et appeler les acteurs concernés en cas de problème constaté (ex : ambulance n'apparaissant plus sur le logiciel)
- Faire respecter les bonnes pratiques durant les transports sanitaires urgents et les gardes ambulancières au quotidien, en lien avec l'ATSU
- Assurer une veille juridique voire opérationnelle sur les transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires à la demande du SAMU

Assurer la traçabilité de l'activité des ambulanciers et contribuer à son évaluation

- Renseigner des fichiers précis et chiffrés de données à des fins statistiques, de bilan et de rémunération : nombre de transports sanitaires urgents par secteur et par horaire, nombre de sorties blanches, mobilisation des entreprises volontaires hors garde, nombre de d'indisponibilités ambulancières par secteur et motif, motifs d'indisponibilités par entreprise, nombre de transports sanitaires urgents en attente à l'instant T (chaque 30 min), journal des incidents, etc.
- Transmission hebdomadaire de ces données à l'ATSU
- Réalisation d'un rapport de synthèse et d'analyse des données et transmission à l'ARS chaque semestre en vue de sa présentation et discussion au CODAMUPS-TS

Implantation et fonctionnement

Le coordonnateur ambulancier exerce son activité au sein des locaux du SAMU-centre 15 / au sein d'une plateforme logistique hors du SAMU mais interconnectée avec ce dernier.

Le coordonnateur ambulancier est placé sous l'autorité fonctionnelle et hiérarchique de l'ATSU / du SAMU-centre 15. Il n'a aucun lien de subordination ou d'intérêt avec une entreprise de transport sanitaire. Aux horaires où l'activité justifie la mise en place d'un personnel dédié, le coordonnateur ambulancier ne peut effectuer d'autres activités pour le compte du SAMU qui ne sont pas prévues dans ses missions.

Dans le département ……., un personnel dédié aux missions de coordination ambulancière est mis en place sur les horaires suivants : …….

Afin d'assurer cette organisation, une équipe de … coordonnateurs ambulanciers se relaient au fil de la journée et de la semaine au sein du département, avec un fonctionnement comme suit : …….. .

[*Option*] Aux horaires de ……., les missions de coordination ambulancière sont effectuées par le coordonnateur du département ……. / par le SAMU. Les coordonnateurs ambulanciers doivent donc entretenir un lien régulier et fluide avec ces autres personnels, afin d'assurer la transmission de l'ensemble des informations, notamment le recensement exhaustif des données et les incidents signalés sur la totalité des horaires et des jours.

PROFIL SOUHAITÉ

Les profils suivants sont privilégiés :

- Ambulancier
- Logisticien
- Assistant de régulation médicale

Une expérience de quelques années dans le secteur du transport sanitaire ou de l'aide médicale urgente est requise.

Connaissances :

- Connaissance du secteur géographique
- Connaissance de l'environnement réglementaire des transports sanitaires et des interventions à la demande du SAMU
- Connaissance des acteurs de l'aide médicale urgente, du monde sanitaire

Savoir-faire :

- Gestion et optimisation de l'envoi de véhicules
- Utilisation des outils bureautiques et informatiques
- Gestion de bases de données
- Constitution et analyse de tableaux de bord
- Communication
- Analyse d'un contexte, d'une problématique
- Alerte sur une situation à risque

Savoir-être :

- Autonomie
- Disponibilité
- Adaptabilité
- Réactivité
- Travail en équipe
- Écoute active et attentive
- Rigueur et esprit méthodique
- Persévérance et contrôle de soi

Formations prévues dans le cadre de l'adaptation au poste :

DESCRIPTION DE LA STRUCTURE

Description du SAMU et de l'ATSU

CONTACTS

Personnes à contacter pour tout renseignement
Personnes à qui adresser les candidatures

Annexe 7 : Fiche de dysfonctionnement des transports sanitaires urgents

Origine du signalement

Département :

Secteur de :

Qualité du déclarant :

- ☐ Entreprise de transport sanitaire
- ☐ Coordinateur ambulancier
- ☐ Personnel du SAMU
- ☐ Personnel d'une structure des urgences
- ☐ Patient
- ☐ Autre : ……

Date du signalement :
Nom et mail du déclarant (facultatif) :
Date et heure du dysfonctionnement : le à

Caractéristiques du dysfonctionnement

- EN RELATION AVEC L'ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE
Nom de l'entreprise :

- ☐ Non joignable
- ☐ Non disponible pour la garde
- ☐ Refus prise en charge du patient
- ☐ Autre : ……
  Description : ……...
  ……

- EN RELATION AVEC LA REGULATION MEDICALE
Description : ……...
……

- EN RELATION AVEC LE PATIENT

- ☐ Agressivité du patient
- ☐ Incompréhension du patient
- ☐ Refus de prise en charge par le patient
- ☐ Autre : ……
  Description : ……...
  ……

- AUTRE TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT
Description :
……
……

Solution apportée :

Fiche à transmettre à l'ARS par mail à la Délégation Départementale de l'ARS et à au département VSS au siège de l'ARS

ARS - R53-2025-06-24-00002 - Arrêté portant modification de l'arrêté portant adoption du cahier des charges régional relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 16 février 2023

Annexe 8 : Liste des indicateurs de suivi de la réforme

Suivi SAMU

Nombre d'appels arrivant au 15 ou à tout autre numéro de régulation tels que le 15 ou le 116/117 (nombre colligé et nombre par catégorie)
Nombre d'appels arrivant au 15 donnant lieu à une régulation médicale AMU ou ML (nombre colligé et nombre par catégorie)
Nombre d'appels arrivant au 15 et basculés au 18 pour engagement de moyens SIS après régulation médicale et nombre de moyens engagés
Nombre d'engagements SMUR
Délai moyen entre l'appel au 15 ou à tout autre numéro de régulation et l'arrivée des moyens auprès du patient
Délai entre l'arrivée sur place et la transmission du bilan au médecin régulateur (délai moyen et distribution statistique des délais) *dans la mesure du possible*
Durée moyenne d'intervention : • Entre le déclenchement du moyen ambulancier et le départ effectif • Entre l'appel à l'entreprise de transports sanitaires et le retour base
Recueil des incidents et évènements indésirables

Suivi coordonnateur ambulancier

Nombre de TSU pour un transport vers une structure hospitalière
Nombre de TSU pour un transport vers une structure de ville
Nombre de TSU - sorties blanches
Nombre de TSU réalisés par les moyens de garde
Nombre de TSU réalisés par des moyens volontaires hors garde
Nombre de TSU en renfort d'un SMUR déjà accompagné d'une ambulance (appuis logistiques)
Nombre TSU réalisés en relai des sapeurs-pompiers
Nombre d'indisponibilités ambulancières
Nombre d'indisponibilités ambulancières injustifiées (indisponibilité d'une entreprise de garde non mobilisée sur un transport sanitaire urgent demandé par le SAMU)
Suivi de la temporisation des carences : nombre total d'indisponibilités des entreprises de transports sanitaires temporisées en pallier 1 d'une part et en pallier 2 d'autre part
Délai entre l'appel au coordonnateur ambulancier et l'arrivée des moyens auprès du patient
Délai entre l'arrivée sur place et la transmission du bilan au médecin régulateur
Durée d'intervention entre l'appel à la société d'ambulance et la nouvelle disponibilité de l'ambulance
Recueil des incidents et évènements indésirables

Les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

R53-2025-06-26-00004

ARRÊTÉ modifiant la liste des organismes habilités à dispenser la formation aux représentants du personnel aux comités sociaux et économiques (CSE) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail

PRÉFET
DE LA RÉGION
BRETAGNE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi, du travail
et des solidarités de Bretagne

ARRÊTÉ
modifiant la liste des organismes habilités à dispenser la formation aux représentants du personnel aux comités sociaux et économiques (CSE) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail

LE PRÉFET DE LA RÉGION DE BRETAGNE
PRÉFET D'ILLE ET VILAINE

Vu les articles L2315-17 à L2315-18 et R2315-8 à R2315-16 du code du travail relatifs à la formation en santé, sécurité et conditions de travail des membres de la délégation du personnel du comité social et économique ;

Vu le décret n°2017-1819 du 29 décembre 2017 modifié relatif au comité social et économique ;

Vu le décret n° 2020-1545 en date du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations ;

Vu l'arrêté du ministre de l'économie, de la finance et de la relance, de la ministre du travail, de l'emploi de l'insertion, du ministre des solidarités et de la santé en date du 25 mars 2021 confiant l'emploi de directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Bretagne, à Mme Véronique DESCACQ, à compter du 1er avril 2021 ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2024/DREETS/DSG en date du 28 octobre 2024 portant délégation de signature à Madame Véronique DESCACQ, directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Bretagne, au titre des attributions et compétences générales de la DREETS ;

Vu la décision du 30 octobre 2024 de subdélégation permanente de signature donnée à Mme Hélène AVIGNON, directrice régionale adjointe à effet de signer les décisions relevant du pouvoir du préfet qui sont délégués à la directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Bretagne, et celles déléguées par la ministre du travail dans le domaine des relations et conditions de travail ;

Vu la demande reçue par courriel du 26 juin 2025, émanant de M Guillaume LEMOULT, Directeur offre & développement, représentant l'organisme de formation :
FORGET FORMATION II, sis 4 rue de Châtillon- La Rigourdière, 35 577 CESSON SEVIGNE CEDEX ayant pour numéro de siret 509 432 902 000252, enregistré en préfecture de la région Bretagne sous le N° 53 35 07 326 35 ;
Visant à renoncer à l'agrément pour assurer la formation en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail des membres représentants du personnel des conseils économiques et sociaux ;

Considérant que l'organisme est libre de renoncer à tout moment à l'agrément délivré,

PRÉFET
DE LA RÉGION
BRETAGNE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi, du travail
et des solidarités de Bretagne

ARRÊTE

Article 1er

L'organisme de formation :

FORGET FORMATION II, sis 4 rue de Châtillon- La Rigourdière, 35 577 CESSON SEVIGNE CEDEX ayant pour numéro de siret 509 432 902 000252, enregistré en préfecture de la région Bretagne sous le N° 53 35 07 326 35 ;

est retiré de la liste des organismes habilités à dispenser la formation en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail aux représentants du personnel aux comités sociaux et économiques en région Bretagne.

Article 2

Le secrétaire général pour les affaires régionales et la directrice régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bretagne.

Fait à Cesson-Sévigné, le 26 juin 2025

P/le préfet de la région Bretagne, préfet d'Ille-et-Vilaine,
par délégation,
P/la directrice régionale de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités,
La directrice régionale adjointe,
responsable du Pôle Politique du travail,

Hélène AVIGNON

préfecture de région

R53-2025-06-25-00002

Arrêté portant création du service de défense et de sécurité académique- juin 2025

ACADÉMIE
DE RENNES
Liberté
Égalité
Fraternité

Cabinet de la Rectrice

Arrêté portant création du service de défense et de sécurité académique

La Rectrice de la région académique Bretagne,
Rectrice de l'académie de Rennes,
Chancelière des universités

Vu le code de l'éducation, notamment les articles R222-16 et suivants, les articles R222-19 et suivants et l'article R222-36-6 ;
Vu le décret n° 2025-75 du 29 janvier 2025 portant création des services de défense et de sécurité académiques ;
Vu l'instruction du 19 mars 2025 relative à la gouvernance des questions de défense et de sécurité au sein du ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (MENESR) et du ministère des sports de la jeunesse et de la vie associative (MSJVA) ;
Vu le décret du 12 mars 2025 portant nomination de madame Hélène Insel en qualité de Rectrice de la région académique Bretagne, Rectrice de l'académie de Rennes ;

ARRETE

Article 1er : Il est créé, au sein des services de la région académique Bretagne et de l'académie de Rennes, un service de défense et de sécurité académique (SDSA), chargé de mettre en œuvre et de coordonner la politique de défense et de sécurité, ainsi que celle de lutte contre les atteintes aux valeurs de la République, dans la limite des compétences attribuées aux Recteurs.

Le SDSA est inséré dans la chaîne fonctionnelle de la défense et de la sécurité. Il assure le lien entre les services du haut fonctionnaire de défense et de sécurité et les services académiques.

Article 2 : Placé sous l'autorité de la Rectrice, le SDSA est dirigé par le Directeur de cabinet assisté, dans ses missions, par la Directrice de cabinet adjointe nommée Directrice adjointe du SDSA.

Article 3 : Le SDSA a pour missions de :
- renforcer et coordonner la préparation et la mise en œuvre des politiques de défense et de sécurité ;
- garantir la mise en œuvre des plans nationaux de sécurité et de protection des personnes (agents et usagers) et des biens pour l'ensemble des services, écoles et établissements ;
- diffuser et mettre en œuvre des plans et directives de sécurité et de protection des biens et des personnes ;
- maintenir en condition opérationnelle des dispositifs de veille, d'alerte et de gestion de crise ;
- diffuser la culture de la sécurité et former à la sécurité et à la gestion de crise ;
- prévenir et gérer les crises et événements graves ;
- veiller, alerter, traiter et suivre les événements graves et incidents ;
- déployer et garantir la mise en œuvre de la politique ministérielle de sécurité numérique et des moyens sécurisés de communication pour garantir la protection du secret de la défense nationale ;
- favoriser la coordination entre les services déconcentrés et les autorités locales dans le champ de la défense et de la sécurité relatives à l'Education, à la jeunesse et à l'enseignement supérieur ;
- garantir l'accompagnement et le soutien aux personnels victimes ;
- lutter contre les atteintes aux valeurs de la République, les séparatismes, la radicalisation et les dérives sectaires ;
- garantir le respect des valeurs de la République et diffuser la culture de laïcité dans les établissements scolaires ;
- coordonner les dispositifs d'amélioration du climat scolaire et de lutte contre toutes les formes de discriminations.

Article 4 : Le SDSA travaille avec les services de l'Etat compétents sur le champ de la sureté et de la sécurité, ainsi qu'avec l'ensemble des structures et acteurs des services déconcentrés des ministères chargés de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, des sports, de la jeunesse et de la vie associative, notamment la direction des affaires juridiques, les services des ressources humaines et la direction des systèmes d'information et de l'innovation, les corps d'inspection et les conseillers de la Rectrice, en particulier :

- la conseillère technique sécurité et prévention et son adjoint qui coordonnent l'action de l'équipe mobile de sécurité ;
- l'Inspectrice d'académie-Inspectrice pédagogique régionale référente pour les valeurs de la République ;
- les responsables académiques en charge de la lutte contre le harcèlement et le cyberharcèlement ;
- les conseillers techniques académiques pour les établissements et la vie scolaire ;
- le conseiller pour la sécurité numérique.

Le SDSA fait également le lien avec les collectivités territoriales s'agissant de la sécurisation des établissements scolaires.

Article 5 : Le SDSA est organisé en pôles, chacun piloté par un coordonnateur chargé de veiller à la cohérence et à l'efficacité du service en suivant les actions réalisées :

- **Pôle « sureté et sécurité »** en charge :
  - de la coordination du dispositif de veille et d'alerte ;
  - de la coordination du dispositif de protection et de prévention des risques ;
  - de la coordination du dispositif de gestion des situations de crises ;
- **Pôle « climat scolaire »** en charge :
  - de la prévention de la violence et le suivi des incidents en milieu scolaire ;
  - de la détection, le suivi et le traitement des situations de harcèlement et de cyber harcèlement ;
- **Pôle « valeurs et principes républicains »** en charge :
  - du suivi des réponses apportées en cas d'atteintes à ces valeurs notamment les atteintes à la laïcité et la radicalisation ;
  - de la lutte contre toutes les formes de discriminations ;
  - de la lutte contre les séparatismes et les dérives sectaires ;
- **Pôle « accompagnement des agents victimes »** en charge du suivi de la prise en charge des agents confrontés à des faits graves, des situations de violences ou d'agression ;
- **Pôle « communication »** en charge de la communication de crise.

Article 6 : Chaque coordonnateur de pôle peut s'appuyer sur des experts associés dans les domaines concernés. Il rend compte chaque année de son activité au Directeur du SDSA et contribue ainsi au rapport annuel de fonctionnement du service.

Article 7 : Au sein des directions des services départementaux de l'Education nationale, chaque Directeur académique désigne, parmi ses collaborateurs, un correspondant du SDSA chargé d'assurer le suivi des écoles et établissements du département et de veiller à la circulation de l'information entre le niveau départemental et le niveau académique.

Article 8 : Sont désignés en qualité de référents pour le SDSA :
- référent jeunesse : la Déléguée régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports ;
- référent enseignement supérieur : le Secrétaire général adjoint de l'académie en charge de l'enseignement supérieur, de la modernisation et des infrastructures.

Article 9 : La Secrétaire générale de la région académique Bretagne, Secrétaire générale de l'académie de Rennes, et le Directeur de cabinet de la Rectrice de la région académique Bretagne, Rectrice de l'académie de Rennes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Bretagne.

Fait à Rennes, le 25 juin 2025

Hélène INSEL