

Projet Régional de Santé de Bretagne

De l'adoption à la révision, Les propositions de l'ARS



Le présent document est une note de communication qui a vocation à synthétiser les propositions de révision du Projet Régional de Santé adopté le 9 Mars 2012, il complète la version intégrale du Projet Régional de Santé révisé disponible sur le site www.ars.bretagne.sante.fr et sur laquelle un avis est sollicité suite à la mise en consultation le 13 Septembre 2013.

Dans le cadre des dispositions du code de la santé publique, le Projet Régional de Santé de Bretagne peut être révisé à tout moment selon la même procédure que celle relative à son adoption. Aussi, après un an et demi de mise en œuvre, il m'est apparu nécessaire d'actualiser le PRS dont la révision constitue une nouvelle étape importante dans la vie de l'ARS avec ces partenaires et les instances représentatives.

Au plan régional, le travail engagé avec les instances privilégiées que sont les commissions de coordination des politiques publiques et les commissions spécialisées de la CRSA se poursuit en ce sens.

Au plan territorial, le PRS a fait l'objet d'une déclinaison dans le cadre des programmes territoriaux de santé signés le 28 Mars 2013, ceux-ci issus de la concertation au sein de chacun des territoires de santé bretons, servent aujourd'hui de feuilles de route aux conférences de territoire en charge de la coordination des acteurs. La proposition de révision permet de les inclure au PRS dans leur version publiée.

Il s'agit également de vous faire part des évolutions intervenues sur les différentes composantes du PRS ; à titre d'exemple, le SROS ambulatoire a été impacté par la révision du zonage pluri professionnel, les travaux sur ce point ont abouti à l'actualisation de l'offre de soins de premier recours et des zones dites prioritaires notamment.

En vous souhaitant une bonne lecture,

Alain GAUTRON

Directeur Général de l'ARS Bretagne

Composition du document publié

Le document publié sur le site <http://www.ars.bretagne.fr> est la proposition de Projet Régional de Santé révisé.

Au sein du Projet Régional de Santé, les documents faisant l'objet d'une proposition de révision sont :

- Les prises en charge transversales
- Le Schéma Régional d'Organisation des Soins :
Volet ambulatoire et volet hospitalier
- Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
- Le Programme de développement de la télémédecine et systèmes d'information partagés (PRTSIP),
- Les Programmes territoriaux de santé,
- Les annexes.

Le statut du document publié

La proposition de révision du Projet Régional de Santé, ainsi publié, avant son adoption n'est pas la version finale.

La révision du Projet Régional de Santé de la région Bretagne sera en effet adoptée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après expiration du délai de consultation, et intégration éventuelle des observations, remarques ou propositions accompagnant les avis reçus avant son expiration.

Instances et Autorités consultées

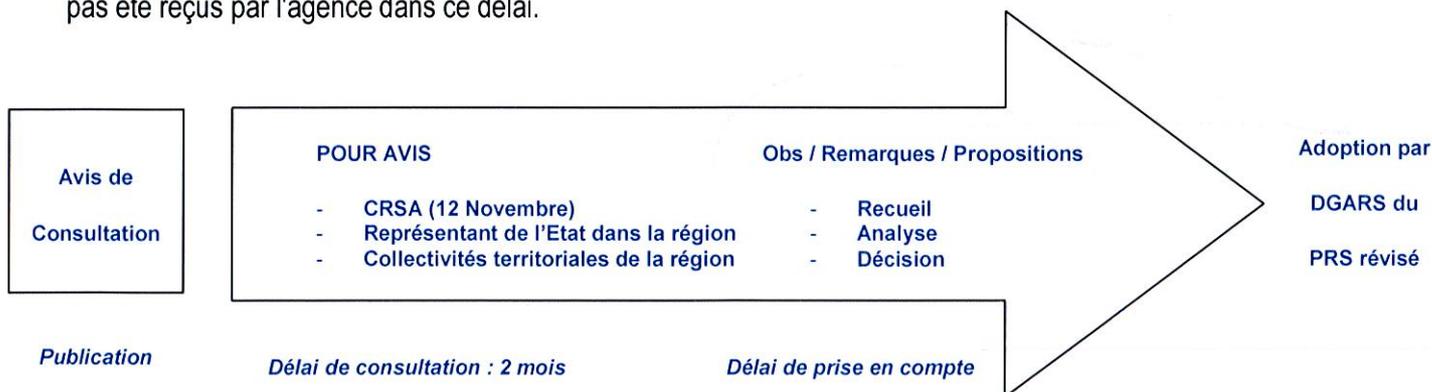
Les instances et les autorités concernées par la consultation pour avis (observations, remarques ou propositions) sont :

- la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de la région Bretagne ;
- le représentant de l'Etat dans la région Bretagne ;
- les collectivités territoriales de la région Bretagne.

Délai de consultation

Conformément à l'article L. 1434-3 modifié par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 (article 36), à compter de la publication de l'avis de consultation au recueil des actes administratifs de la préfecture de région, l'instance et les autorités consultées disposent de deux mois pour transmettre leur avis à l'agence régionale de santé Bretagne.

En application de l'article R. 1434-1 du code de la santé publique, ces avis seront réputés avoir été rendus s'ils n'ont pas été reçus par l'agence dans ce délai.



Pour rappel, la structuration du Projet Régional de Santé est la suivante :



PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE

Non concerné
par la révision

Schéma Régional de Prévention (SRP)

Non concerné
par la révision

Sont impactées par la révision, les composantes suivantes du PRS :

Prises en charge transversales

LES THEMATIQUES TRANSVERSALES AU SROS H

LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

P.154

Modification du point 4.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins par la mise en œuvre de filières de prise en charge des AVC

Reconnaissance d'une UNV supplémentaire, soit 6 UNV qualifiées de reconnues en 2012

Retrait de l'UNV à reconnaître en 2011-2012 sur le territoire de santé N°8

Suppression de la mention « Il faut privilégier l'accès à l'UNV territoriale pour tout patient de ce territoire victime d'un AVC. »

P.155

Révision intégrale du paragraphe relatif aux unités de proximités dites UP-AVC,

Notamment des critères de définition, proposés comme suit :

Activité supérieure à 100 séjours AVC / an, une unité médicale regroupant les lits dédiés aux AVC et disposant de personnel formé et dédié à l'unité, en lien avec l'UNV de référence, destinée à l'accueil des patients AVC après régulation, soit directement soit en aval de l'UNV.

Etant par ailleurs ajouté que « les critères de spécialisation médicale définissant les UP-AVC doivent être redéfinis et précisés au vu des modifications récentes du programme de formation du DIU neurovasculaire. »

LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES AU SROS ET AU SROMS

PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT, PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTÉES, PARCOURS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGÉE DÉPENDANTE

Page173

Modification du point 1.3.2 garantir l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et l'accompagnement de la personne âgée dans le respect de ses besoins et de ses choix

Modification partielle de l'intitulé du point a) Eviter les hospitalisations injustifiées et diminuer les passages aux urgences, en précisant qu'il s'agit des passages inadéquats

Page 174

Modification du point 1.4 Plan d'actions et indicateurs

Objectif : Mieux connaître l'état de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale par territoire de santé

Suppression de 2 indicateurs :

- Part des filières gériatriques formalisées ayant un annuaire actualisé des acteurs engagés dans la démarche de filière
- Part des personnes de 75 ans et plus couvertes par une filière gériatrique formalisée

Objectif : Mettre en place une organisation territoriale et coordonnée de l'offre de services de santé, sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Inclusion du sigle UCC après Unités cognitivo-comportementales

Pour l'indicateur « Nombre de filières gériatriques ayant un périmètre géographique précis et contractualisé », le terme « formalisé » initialement mentionné est remplacé par « contractualisé ».

Suppression de 3 indicateurs :

- Part des filières gériatriques formalisées ayant mis en place un comité de pilotage et nommé un coordonnateur de filière
- Part des filières gériatriques formalisées qui ont réuni l'ensemble des acteurs concernés au moins 1 fois dans l'année
- Effectivité d'un document régional de recommandations sur le fonctionnement des EMG

Page 175

Objectif : Eviter les hospitalisations injustifiées et diminuer les passages aux urgences
Précision en indiquant qu'il s'agit des passages inadéquats.

Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SRoS)

L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Page 232 et suivantes

Remplacement du mot « FIQCS » par « FIR » dans tous les développements

Page 243

Modification carte

Page 246

Modification du point 3.1.2 Les besoins en implantation pour l'exercice des soins

Le point 3.1.2.1 concernant la qualification des territoires selon leur niveau de dotation en offre de soins de premier recours et les perspectives d'évolution à court ou moyen terme est modifié comme suit :

Le propos introductif « Pour procéder à la définition des zones prioritaires, l'analyse de l'offre de soins de premier recours est ... » est remplacé par « Afin de cibler les territoires à accompagner prioritairement en terme de structuration de l'offre de soins de premier recours, l'analyse de l'offre de soins est ... ».

Les mentions « Autres professions de santé de premier recours » et « principalement axée sur le taux de recours aux infirmiers et masseurs kinésithérapeutes » figurant initialement à la suite de « L'intervention des infirmiers et masseurs kinésithérapeutes... », sont supprimées.

Parmi les indicateurs permettant de définir le niveau actuel de dotation en offre de soins de premier recours :

Le « taux de recours aux médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux conjugués à la densité de chacune de ces professions sur le territoire » est remplacé par le « niveau de dotation des territoires en infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux ».

Le nombre brut de médecins en exercice est désormais précisé par l'expression « conditionné à des critères de densité et d'âge des médecins généralistes en exercice » qui remplace « conjugué à la densité et à l'âge des professionnels ».

S'agissant des indicateurs prospectifs, « la part des médecins généralistes (en ETP) » remplace « le poids de l'activité des généralistes », qu'il s'agisse des médecins de 60 ans et plus et de ceux d'au moins 55 ans et de moins de 60 ans.

Page 247

Indépendamment de modifications de forme dont celles précitées, le volet ambulatoire du SROS est principalement impacté par la révision compte-tenu de l'actualisation du zonage pluri professionnel.

Ainsi, le dénombrement des territoires qualifiés selon leur dotation en offre de soins de premier recours en 4 niveaux est revu comme suit :

- 34 territoires de premier recours sans difficultés
- 49 territoires de premier recours présentant peu de difficultés à court ou moyen terme
- 35 territoires à surveiller
- 72 territoires en situation de fragilité

Page 249

Modification du point 3.1.2.2 Les besoins en implantation en structures d'exercice coordonné

Il est à présent question de zones rurales ou péri-urbaines au lieu de « zones rurales » uniquement.

En lien avec l'actualisation du zonage pluri professionnel,

Les besoins en implantation prioritaires pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie et des réseaux de santé sont revus comme suit :

- 38 points d'implantation en zone rurale/périurbaine ;
- 4 points d'implantation dans les pôles urbains de dimension moyenne ;
- 44 points d'implantation sur les quartiers identifiés en difficulté, définis dans le cadre des 14 contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) signés en Bretagne ;
- 1 point d'implantation sur une île bretonne (Belle-Ile).

Page 251

Modification du point 3.1.2.3 La détermination des zones prioritaires

L'intitulé « La détermination des zones prioritaires » est complétée par une parenthèse faisant référence à l'article L.1434-7 du code de la santé publique.

Le paragraphe débutant par « Appréhendé d'un point de vue plus qualitatif... », se termine par « des dynamiques de terrain à encourager et développer » au lieu de « des dynamiques de terrain existantes ».

Dans le paragraphe « Sur la base de ces principes, le ciblage des zones « prioritaires »... », il est proposé de faire référence à :

- L'arrêté modifié du 21 décembre 2011
- La méthodologie décrite en annexe

En lien avec l'actualisation du zonage pluri professionnel,

Le nombre de territoires de premier recours en zones prioritaires ciblé à 18 en 2012 pour la région Bretagne est porté à 21. Sont retenus les territoires de :

Bannalec, Belle-Ile, Belle-Isle-En-Terre, Broons, Bubry, Callac, Caulnes, Elliant, Guémené-sur-Scorff, Huelgoat, Ile d'Houat, Le Faouët, Locminé, Louvigné-du-Désert, Malestroit, Merdrignac, Mur-De-Bretagne, Pleine-Fougères, Plémet, Pleyben, Scaër.

Pour rappel, ne sont plus en zones prioritaires, les 7 zones suivantes : Argentré du Plessis, Retiers, Pipriac, Maure de Bretagne, Plélan le Grand, Guer, Gourin.

Page 253 à 258

Ajout du point 3.1.2.4 Les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux

Introduction d'un développement sur les aides aux MG conditionnées aux zones prioritaires
Afin de présenter les zonages, introduction de développements pour :

- quatre professions pour lesquelles le zonage a été concerté et arrêté (Masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, orthophonistes)
- les chirurgiens-dentistes pour lesquels le zonage est soumis à concertation

Modification carte page 254

Page 259

Modification du point 3.1.3 Les modalités d'accompagnement des nouveaux modes d'exercice coordonné

Insertion d'une note de bas de page pour préciser le conseil régional dans les aides des collectivités territoriales.

Page 264 à 265

Modification du point 3.3.2 Renforcer l'efficience des réseaux de santé ville/hôpital c) Mieux intégrer les réseaux de santé dans une logique territoriale

Intégration des orientations régionales et nationales dans les développements

Page 266 à 268

Modification du plan d'actions

Précisions apportées à certains indicateurs

L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

CHIRURGIE – CHIRURGIE AMBULATOIRE

Page 291

Modification du point Le développement de la chirurgie ambulatoire à poursuivre

Il est précisé :

« Tous les établissements pratiquant la chirurgie en Bretagne ont une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), sauf un. » au lieu de « sauf deux.» initialement mentionné.

Page 292

Une correction du même ordre que celle-ci-dessus est apportée à la phrase « 22 % des séjours sont déclarés réalisés hors unité de chirurgie ambulatoire et un établissement n'a pas d'UCA » au lieu de deux.

Page 293

Modification du point Une réorganisation des plateaux techniques chirurgicaux selon le principe de la gradation des soins

La proposition de révision porte sur le nombre de plateaux chirurgicaux :

43 au 01/01/2013 au lieu de 44 au 01/01/2011, répartis sur 16 sites privés (et non plus 17), 5 ex-PSPH, 22 sites publics.

Modification du point Des spécificités liées à des actes ou des populations

S'agissant des spécificités liées à des actes ou des populations, non évoquées dans le SROS 3, certaines devant faire l'objet d'une attention particulière et concernées par la révision sont :

- La chirurgie de l'obésité : Dénombrement porté à une vingtaine d'établissements (au lieu de 11)
Identification effective d'un centre spécialisé et organisation d'une filière régionale de prise en charge à mener, en lien avec l'amont et l'aval
- La chirurgie de la rétine
Il est question d'1 ou 2 centres spécialisés (et non plus de référence) régionaux à étudier (au lieu de envisager)
- La prise en charge des plaies chroniques à organiser par territoire de santé (Ajout)

Page 295

Modification du point d) Identifier un ou des sites pour des prises en charge spécifiques et formaliser certaines filières de soins

Ce point est modifié conformément aux corrections apportées ci-dessus pour les 3 thématiques concernées.

Page 297

Modification du point 3.4 Plan d'actions et indicateurs

Objectif : Développer la chirurgie ambulatoire : Augmenter la part de chirurgie ambulatoire au sein de l'activité chirurgicale

Modification de l'action « Suivi de l'activité » et de l'indicateur « Taux de pratique » par ajout de « puis les 38 » gestes marqueurs

Suppression de l'action « Définition par établissement d'une liste d'actes réalisable en chirurgie ambulatoire »

Il est question d'un taux d'atteinte des objectifs spécifiques ciblés à la chirurgie ambulatoire « pour chaque établissement chirurgical », et non plus « pour les 8 établissements de référence ».

L'indicateur « Part des établissements ayant signé un CPOM intégrant les objectifs nationaux de chirurgie ambulatoire » intègre à présent, en complément, des objectifs régionaux.

Page 299

Objectif : Promouvoir la chirurgie ambulatoire

Précisions apportées à certaines actions :

- Publication d'articles dans la presse écrite
(Retrait de la mention du Ouest France et de l'éventualité d'une émission télévisée)
- Information des usagers via le CISS Bretagne, et non plus les mardis de la santé CHU Rennes
- La fréquence de la journée régionale organisée par l'ARS est précisée (annuelle)

Ajout d'une action

- Participation à des émissions de radio

Suppression des actions suivantes :

- Réactivation par les professionnels du collège des coordonnateurs UCA
- Réactivation de la lettre Breiz Ambu

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Page 311

Modification du point 5.1 Périmètre de la thématique : Principes et objectifs

Suppression de la phrase « Ainsi, en application de ces nouveaux textes, le SROS 3 a été révisé le 7 octobre 2009 après avoir été soumis aux instances et travaillé avec les huit conférences sanitaires de la région. »

S'agissant des volumes d'activité, la méthodologie n'étant plus en cours de construction, il est indiqué que le « remplacement des OQOS par des IPA a fait l'objet d'une méthode nationale de calcul par la DGOS. »

Concernant la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de financement initialement envisagée par le niveau national avec une 1^{ère} étape en 2012, celle-ci est reportée à 2016.

Page 312

Modification du point 5.2 Diagnostic régional et territorialisé

Un paragraphe complémentaire est ajouté, il fait état :

- Des capacités installées au 31/12/2012
- Du taux d'équipement moyen régional
- De l'existence de quelques autorisations non mises en œuvre
- Du lien entre taux de recours et taux d'équipement
- D'importantes disparités entre établissements en termes de plateaux techniques

Page 313

Modification du bilan organisationnel du SROS 3

Concernant la consommation de soins de suite et de réadaptation de la population :

- Il est indiqué que le taux de recours régional en 2009 est « standardisé au sexe et à l'âge »
- Le terme « médiane » est remplacé par « moyenne »
- Il est précisé que le taux de recours du « TS 8 est particulièrement faible »

Suppression des phrases :

« S'agissant du taux d'équipement, la région de Bretagne disposait en 2009 (source STATISS 2010) de 168 lits et places pour 100 000 habitants soit un ratio quasi équivalent à celui de la France entière (169/100 000).

Au sein de la région, trois territoires de santé se situent au dessus de la moyenne bretonne : les territoires de santé 1,2 et 3. Il s'agit également des territoires de santé où les taux de recours aux soins de suite et de réadaptation sont les plus élevés.

S'agissant des données d'activité, en 2009, étaient installés, environ 4 800 lits et 460 places, ce qui représente 25 % des lits hospitaliers de la région. »

L'activité réalisée est déclinée comme suit : Evolution, part de l'hospitalisation partielle, % des journées réalisées pour les personnes de 75 ans et pour les moins de 18 ans. »

Il est désormais indiqué que les scores moyens de dépendance « varient selon les spécialités », de même pour « la part des séjours post-chirurgicaux », avec mention des pourcentages respectifs des SSR respiratoires, neurologiques, polyvalents, cardiovasculaires, locomoteurs.

Sont également supprimés :

« Par ailleurs, une analyse du PMSI2009 montre que 5.8 % des séjours de chirurgie et 4.1 % des séjours de médecine ont ensuite donné lieu à une hospitalisation en SSR.

Les patients concernés sont principalement des personnes âgées de plus de 70 ans (69% pour les patients orientés après un séjour de chirurgie et 78 % pour ceux orientés après un séjour de médecine) et il s'agit majoritairement de femmes (62%).

L'adressage de patients de chirurgie en SSR est intervenu principalement pour des prises en charge de pathologies de l'appareil locomoteur...viennent ensuite, les séjours liés à la chirurgie traumatique (6.8 %) et à la chirurgie digestive (5.8%).

La répartition des séjours de médecine ayant donné lieu à une hospitalisation en SSR est beaucoup plus large qu'en chirurgie. Néanmoins, trois groupes de pathologies ressortent : neurologie (18.2%), pneumologie (13.3%) et cardiologie (12.1%). »

Enfin, cette partie Bilan organisationnel du SROS 3 se conclut à présent par :

« L'attractivité de la région pour des patients d'autres régions est légèrement supérieure aux fuites hors région constatées (4% VS/3.3%). »

Page 316

Modification du point 5.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

Le paragraphe afférent aux SSR à vocation régionale est modifié :

- Les SSR pour enfants et adolescents : mention de la réflexion en cours sur l'organisation des SSR pédiatriques des TS 1 et 2, et de la nécessité d'en mener une sur les autres départements
- Ajout des 3 SSR cardio-vasculaires
- Suppression de « la prise en charge des traumatisés crâniens et blessés médullaires » remplacé par « 6 SSR prenant en charge les pathologies neurologiques lourdes dont les lésés cérébraux et les blessés médullaires »

Page 317

Modification du point 5.3.2 Garantir la qualité et la sécurité de soins ainsi que l'efficience b) Développement de l'évaluation des prises en charge

Les visites de conformité des services SSR prévues dans la version initiale du PRS à horizon juillet 2014 ont été réalisées en 2012. Il est de plus précisé que les écarts constatés (plateaux techniques, ratios de personnels) devront faire l'objet d'une réflexion régionale.

La nécessité de prise en compte de la pertinence des prises en charge est rajoutée.

c) Améliorer l'efficience en préparant le passage à la T2A

Dans le cadre du passage à la T2A, la prise en compte de la lourdeur des prises en charge des patients accueillis concerne les tarifs des établissements sous OQN comme initialement spécifié, auxquels s'ajoutent à ce stade les dotations annuelles de financement.

Page 318

Modification du point 5.4 Plan d'actions et indicateurs

Objectif : Réajuster la répartition de l'offre de soins en SSR

Remplacement de l'action visant à « développer l'offre en SSR... » par « équilibrer l'offre ... »

Ajout des indicateurs : Taux d'équipement par spécialité, taux d'équipement adultes / enfants

Objectif : Favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation

Remplacement de l'action visant à « Etudier la possibilité de développer les hôpitaux de jour pour les SSR spécialisés dans les bassins de population importants, afin de limiter les transports de patients » par « Développer les hôpitaux de jour pour chaque type de SSR spécialisés par substitution à l'hospitalisation complète »

Objectif : Améliorer la prise en charge pour les besoins non ou mal couverts

Ajout de 2 actions :

Promouvoir des projets départementaux des prises en charge pédiatriques

Organiser la prise en charge des troubles nutritionnels au niveau régional et territorial, dont la filière régionale de prise en charge de l'obésité

Remplacement de « Développer la prise en charge des blessés médullaires et des cérébro-lésés », par « Adapter la prise en charge des blessés médullaires et des cérébro-lésés aux besoins »

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

Page 330

Modification du point 7.3.1 Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

Concernant les sites soumis à la procédure d'autorisation, 8 sites territoriaux et inter régionaux sont identifiés, au lieu de 9 précédemment, pour les actes de type 3.

Page 331

Modification partielle de l'intitulé du point d) Organiser l'activité d'angioplastie et autres cardiopathies de l'adulte par territoire (actes de type 3) et organiser (au lieu de « mutualiser l'organisation de») la permanence des soins autour de la prise en charge des urgences coronariennes

Prise en compte de la diminution du nombre de sites autorisés à 8 pour l'activité de type 3.

Retrait des paragraphes

« Concernant le territoire de santé n°1, 2 centres d'angioplastie sont autorisés sous réserve de conformité aux dispositions réglementaires et dans le cadre d'une coopération à mettre en œuvre dans un délai de deux ans...

Au-delà des centres du territoire n°1 et d'une manière générale, des coopérations entre établissements publics et privés de santé seront recherchées dans l'objectif de maintenir les seuils réglementaires minimaux annuels d'activité, de rationaliser l'offre de soins et de répondre aux éventuels problèmes de démographie médicale. »

Précisions concernant le territoire de santé n°8, et la création d'un 9^{ème} (au lieu de 10^{ème}) centre d'angioplastie en Bretagne non retenue dans le temps du SROS 4

Page 332

S'agissant de **la cardiologie interventionnelle valvulaire** :

Reformulation du nombre de procédures pratiquées au CHU de Brest et au CHU de Rennes en 2010

Ajout des dispositions réglementaires encadrant la pratique de cette activité :

- Arrêté du 29/12/ 2009 donnant la liste nominative des établissements autorisés pour deux ans
- Arrêté du 3/07/2012 listant les critères réglementaires et techniques à respecter par les établissements pratiquant la pose de bio prothèses valvulaires aortiques, et prévoyant des contrôles par l'ARS du respect des critères
- Instruction DGOS du 7/03/2013 précisant les modalités de suivi par l'ARS et l'OMEDIT de l'acte de pose de bios prothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée et par voie transapicale

Précisions quant au développement de l'activité des deux sites bretons devant faire l'objet d'un contrôle

Modification du point 7.3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience

Sur le point **Développement de la télécardiologie** :

Retrait de la mention afférente à la mise en place des projets territoriaux sur les territoires n°1, 4, 5 et 7
Précision faite quant à la pratique par les 7 sites autorisés pour les actes de type 1 du suivi à distance des prothèses cardiaques implantables appelé télécardiologie

Page 334

Modification du point 7.4 Plan d'actions et indicateurs

Objectif : Mettre en œuvre les autorisations délivrées dans le SROS 3

Prise en compte de la diminution du nombre de sites autorisés à 8 pour l'activité de type 3.

IMAGERIE MEDICALE

Page 373

Modification du point 12.3.1 La gradation des soins et la territorialisation de l'offre

Au terme du paragraphe « Un projet territorial d'imagerie sera élaboré, favorisant les mutualisations des ressources, intégrant une approche plus large interterritoriale et régionale notamment vis-à-vis des 2 CHU. Ainsi, par territoire de santé, il convient de définir une gradation des plateaux techniques d'imagerie par type d'appareil, en tenant compte du dimensionnement des équipes, de l'organisation de la permanence de soins, de la continuité des soins, du niveau de spécialisation, du réseau de télémédecine et d'organiser une PDS territoriale nuit, week-ends et jours fériés vers une PDS centralisée. Une garde unique par territoire ou inter-territoriale peut se justifier.»

Ajout de : « En fonction des ressources démographiques en radiologues, il sera demandé aux radiologues libéraux de prendre part à la PDSES, sur la base a minima d'une astreinte »

Programmes

Programme régional de télémédecine et systèmes d'information partagés

Page 558 à 559

Modification du point 1.1.3 La contractualisation des activités relatives aux systèmes d'information partagés et à la télémédecine

Le paragraphe « Le décret de télémédecine annonce deux niveaux de contractualisation : ... » est supprimé. La démarche de contractualisation est explicitée en déclinant les points suivants :

- Rappel réglementaire
 - Décret du 19 octobre 2010 : Définition des actes de télémédecine, conditions de mise en œuvre et organisation
 - Circulaire n°DGOS/PF3/2012/114 : Guide méthodologique
- Objectifs de la procédure de contractualisation
- Contractualisation en région : Procédure distincte pour la mise en conformité des activités existantes et la contractualisation des projets en cours de conception
- Intérêt de l'évaluation et du suivi des projets de télémédecine ;
D'une part, d'un point de vue opérationnel et d'autre part, d'un point de vue stratégique.

Page 561

Modification du point 1.2.4 Plan stratégique national de déploiement de la télémédecine

Rajout de mentions relatives à :

- la présentation du Pacte territoire-Santé par la Ministre de la Santé le 13 décembre 2012,
- la présentation de la Stratégie Nationale de Santé par le 1^{er} Ministre le 8 février 2013, sachant que la télémédecine y est identifiée comme priorité.

Page 566

Modification du point 2.1 Diagnostic régional des systèmes d'information en santé

Mention de la publication de l'instruction du 25 septembre 2012 relative à l'outil OSIS (deuxième version) présentant les principes généraux et engageant tous les établissements de santé à renseigner les informations attendues.

Modification du point 2.1.1 Gouvernance des systèmes d'information hospitaliers

Dans la partie afférente à la gouvernance des systèmes d'information hospitaliers, le paragraphe concernant le schéma directeur est complété en précisant que sa formalisation est une des priorités de l'annexe 5 du CPOM relative au pilotage interne des établissements.

Page 585

Modification du point 3.2 Info-structure

L'objectif stratégique n°5 « Favoriser la convergence des systèmes d'information au bénéfice de la continuité, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient » est complété en indiquant qu'il s'agit aussi de favoriser la cohérence et la performance.

Identification des priorités mentionnées dans l'annexe 5 du CPOM conclu entre les établissements de santé et l'ARS et relative au pilotage interne, à savoir :

- Maîtrise du Système d'information
- Les 3 pré requis et les 5 domaines fonctionnels d'Hôpital Numérique

Page 587

Modification du point 3.4 Projets métier télémédecine

L'objectif stratégique n°12 est complété par un ajout sur le fait que « la télémédecine doit permettre d'assurer une meilleure surveillance et suivi des personnes âgées de jour comme de nuit en sécurisant les décisions des soignants dans les EHPAD, et en apportant une réponse au besoin d'avis spécialisé pour les patients hors urgence afin de diminuer les transferts de personnes vers les établissements sanitaires difficiles.»

Page 588

L'objectif stratégique n°13 relatif aux pathologies chroniques fait l'objet d'un ajout quant à la nécessité de favoriser le déploiement du suivi des plaies chroniques et d'expérimenter des solutions de télé-suivi des patients diabétiques.

Page 590

Modification du point 5. Plan d'actions

Objectif : Soutenir l'interopérabilité des systèmes d'information en santé

Il est précisé que l'action « Poursuivre l'accompagnement du déploiement de la messagerie sécurisée » doit se faire en cohérence avec les travaux nationaux de l'ASIP Santé.

Objectif : Favoriser la convergence, la cohérence et la performance des systèmes d'informations au bénéfice de la continuité, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient

Ajout de 2 actions :

- Inscription des objectifs Hôpital Numérique dans les CPOM conclus avec les établissements de santé
- Instruction du volet financement Hôpital Numérique

Page 591

Objectif : Améliorer la prise en charge du patient par le déploiement du Dossier Médical Partagé

Les acteurs de santé concernés par l'action visant à conduire l'accompagnement et le suivi du déploiement du DMP sont précisés, à savoir : établissements, maisons et pôles de santé, EHPAD, médecins libéraux.

Page 594

Objectif : Améliorer la qualité et la continuité du suivi des pathologies chroniques

Favoriser le suivi à distance des dispositifs cardiaques implantables

Suppression de l'action « Poursuivre la montée en charge de la télécardiologie »

Ajout de l'action « Formaliser un modèle organisationnel permettant de pérenniser les activités »

Evaluer l'opportunité du recours à la télémédecine pour le suivi des patients diabétiques (Ajout)

Ajout de l'action « Lancer une expérimentation de télésurveillance du diabète de type 1 ou 2 ou gestationnel »

Mettre en place des dispositifs de télémédecine dans les EHPAD (Ajout)

Ajout de l'action « Lancer des projets innovants de télémédecine dans les EHPAD »

Déployer les dispositifs de télémédecine pour le suivi des plaies chroniques (Ajout)

Ajout de l'action « Poursuivre la montée en charge et le suivi des projets de télédermatologie éprouvée en région »

PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Le document annexé au PRS adopté en mars 2012 concerne le PRIAC 2011-2013.

Depuis cette version, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a fait l'objet d'une nouvelle promulgation en mars 2013 dans sa version 2012-2016 ; ceci de façon à présent intégrer la notification d'autorisations d'engagement intervenues en février 2012 au titre de la clôture du Plan Solidarité Grand Age et du programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie.

Dans le cadre de la proposition de révision du PRS et compte-tenu du caractère « glissant » du PRIAC, la nécessaire actualisation annuelle nous amène à présenter une version du PRIAC 2013-2017 qui répertorie la totalité des opérations dont l'ouverture est prévue sur la période, y compris les modifications entre le PRIAC 2012-2016 et le PRIAC 2013-2017 comme suit :

↳ **sur le champ des personnes handicapées,**

- Décalage d'opérations
 - 33 places de FAM (FAM Férel) dans le Morbihan prévues en 2014 transférées en 2015
 - 25 places de MAS (MAS Plérin) dans les Côtes d'Armor transférées de 2014 à 2015
- Projets ajoutés : Appel à Projet « fluidité des parcours »
200 000 € enfants / 360 000 € adultes, les crédits sont répartis entre les 4 départements, dans chacun : 1 place d'IME à 50 000€ et 6 places de SAMSAH à 90 000€.
- Projets modifiés
Quelques opérations ont été modifiées concernant leur financement (montants révisés).

↳ **sur le champ des personnes âgées,**

- Décalage d'opérations : 115 places ont été décalées dans leurs années d'ouverture (34 pl. d'hébergement permanent, 60 pl. d'Accueil de Jour, 21 pl. d'hébergement temporaire)
- Projets supprimés : 31 places (notamment d'accueil de jour) ont été annulées notamment pour faute de commencement d'exécution de l'arrêté d'autorisation.
- Projets ajoutés : Deux équipes SSIAD Alzheimer ont été ajoutées (fin du plan Alzheimer) et 57 places ont été créées (notamment dans le cadre de la mise en conformité des Accueils de Jour de l'Ille et Vilaine).

Programmes territoriaux de santé

La synthèse initialement présentée au sein du PRS est remplacé par les 8 programmes territoriaux de santé dans leur version intégrale telle que signée le 28 mars 2013.

Annexes

Annexe 2. relative au volet ambulatoire du SROS

En lien avec l'actualisation du zonage pluri professionnel, sont mis à jour les points :

ANNEXE IV : LA QUALIFICATION DES TERRITOIRES DE PREMIER RECOURS SELON LEUR NIVEAU DE DOTATION EN OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS ET LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION À COURT OU MOYEN TERME (Page 678 à 683)

ANNEXE VI : DIAGNOSTIC DE L'OFFRE DE SOINS PAR TERRITOIRE DE PREMIER RECOURS - MÉTHODOLOGIE POUR LE CIBLAGE DES ZONES PRIORITAIRES (Page 684)

ANNEXE VII : RESULTAT DU ZONAGE PLURI PROFESSIONNEL (Page 685 et suivantes)

ANNEXE VIII : RÉSULTAT DES ZONAGES POUR LES INFIRMIERS, MASSEURS KINESITHERAPEUTES, ORTHOPHONISTES, SAGES-FEMMES ET CHIRURGIENS DENTISTES LIBERAUX (Page 712)

Annexe 3.1 - Schéma cible de la permanence des soins en établissement de santé Page 758

Parmi les activités règlementées, sont proposées les révisions suivantes :

- Unité de soins intensifs cardiologiques art D 6214-105 et art 6124-109 CSP
Une garde de cardiologue par unité définie dans l'annexe territoriale est inscrite dans le schéma.
T1 : 2 : Brest 1 (au lieu de 2 initialement dénombré), Morlaix 1
T2 : 1 : Quimper 1
T3 : 1 : Lorient1
T4 : 1 : Vannes1
T5 : 2 : Rennes 2
T6 : 1 : Saint-Malo 1
T7 : 1 : Saint Brieuc 1

Page 759

- Neurochirurgie art 6124- 138 CSP
Une astreinte de neurochirurgie adulte
Brest 1,
Une astreinte de neurochirurgie adulte et une astreinte pédiatrique
Rennes 2
(au lieu de « Une astreinte de neurochirurgien est inscrite Brest 1, Rennes 1 »)
- Neuroradiologie interventionnelle art 6124- 150 CSP
Une astreinte de neuroradiologue interventionnel
Rennes 1
(au lieu de « Une astreinte de neuroradiologue interventionnel adulte et une astreinte de neuroradiologue pédiatrique sont inscrites Rennes 2 »)

Page 764

- Imagerie médicale

La phrase « Le principe est la rémunération d'une garde mutualisée par territoire en s'appuyant sur la télémedecine dans le cadre d'une mutualisation d'équipe médicale. Selon l'activité, la notion d'équipe médicale peut être interterritoriale ou territoriale. Cette mutualisation intègre des médecins publics et libéraux d'un ou plusieurs territoires. » est remplacée par :

"Le principe est d'organiser une permanence des soins territoriale voire interterritoriale prenant en compte les niveaux d'activité et régionale selon les spécialités notamment l'imagerie interventionnelle. La téléimagerie est le support nécessaire à cette organisation. L'activité d'échographie tendra à être organisée même en l'absence de radiologue. Cette permanence doit reposer sur des équipes médicales mutualisées intégrant les médecins des établissements publics et les médecins libéraux. »

Annexe 3.2 - Annexe territoriale au volet hospitalier du SROS Page 720 et suivantes Page 766 et suivantes

Cette annexe présente une version mise à jour des implantations des activités de soins et équipements matériels lourds, soumis ou non à autorisation, au niveau régional, départemental et par territoire de santé.

Annexe 4 Schéma régional d'Investissement en Santé (Ajout) Page 840

Par suite de l'instruction du 26 avril 2013, vous sont présentés les données générales sur les investissements réalisés en Bretagne, les enseignements tirés des investissements réalisés et les pistes de progrès, sur les volet ambulatoire, hospitalier et médico-social.