

**2017** **RAPPORT**  
**d'activité**  
ARS BRETAGNE

Le rapport d'activité a été imprimé en 1 000 exemplaires.  
Le graphisme de la couverture de chaque numéro est unique.  
Il a été réalisé sur une presse spécifique avec l'utilisation  
d'un logiciel de personnalisation image « Mosaïc »





## Editorial

### Ensemble !

Voici venu le moment de regarder le chemin parcouru au cours de l'année dernière. La forme de notre rapport d'activité, riche et illustrée, nous permet de porter à nouveau notre regard sur l'ensemble de nos projets et des réussites associées, qui tiennent beaucoup au travail des équipes de l'agence, sur l'ensemble de nos champs de mission.

Si la construction du PRS 2018-2022 s'impose à notre esprit, beaucoup d'autres chantiers méritent d'être mis en lumière, dans le champ de la santé publique, de l'organisation des soins ou du médico-social. C'est également vrai pour notre gestion interne et l'organisation de nos modes de travail. Les exemples nombreux qui nourrissent ce rapport soulignent l'engagement de chacun dans son travail quotidien mais ne suffisent pas à résumer, loin s'en faut, la grande variété des missions de notre agence.

Nous avons souhaité cette année innover encore, en proposant à plusieurs de nos partenaires de travail de nous apporter leur témoignage, de porter leur regard sur la coopération engagée avec l'agence, au premier rang desquels les acteurs de la démocratie en santé, sans pour autant omettre de mentionner les acteurs du soin en ville, comme à l'hôpital, des secteurs médico-social et de la prévention...

Ces « regards croisés » nous sont précieux car ils nous renvoient une image positive de notre action et consolident également notre cohésion d'équipe régionale, bien présente dans nos quatre départements bretons.

Alors que nous venons de publier notre projet régional de santé 2018-2022 et que les enjeux de sa mise en œuvre concrète sont encore à finaliser, il nous appartient de capitaliser aussi sur notre expérience et notre conviction commune : c'est ensemble que nous réussirons et cet ensemble doit être le plus large possible, au service de la santé de tous les Bretons !

**« Alors que nous venons de publier notre projet régional de santé 2018-2022..., il nous appartient de capitaliser aussi sur notre expérience et notre conviction commune : c'est ensemble que nous réussirons et cet ensemble doit être le plus large possible, au service de la santé de tous les Bretons ! »**

**Olivier de CADEVILLE**  
Directeur général de l'ARS Bretagne



**OBSERVER,  
ANALYSER  
ET ÉVALUER**

POUR MIEUX  
PILOTER NOTRE  
SYSTÈME DE SANTÉ



L'éventail des outils s'enrichit chaque année. Au niveau régional, l'observatoire des territoires - qui facilite l'élaboration de diagnostics territoriaux - est accessible à tous les agents. La formation et l'accompagnement des agents ont été indispensables pour une meilleure connaissance et utilisation de ces outils. La mise à disposition de statistiques en interne et l'enrichissement régulier du site internet, avec notamment la mise en ligne d'un atlas en continu, sont autant de moyens que le pôle exploite pour communiquer et accompagner ses travaux. Notre volonté est de partager au maximum nos productions en externe auprès des partenaires santé de l'ARS Bretagne. En parallèle, l'offre nationale se développe. La plateforme de restitution de l'ATIH - ScanSanté - propose aux acteurs du système de soins des indicateurs « prêts à l'emploi » sur l'activité, les finances, la pertinence, la performance, les ressources humaines des établissements de santé. Le projet Atlasanté conçoit un portail cartographique - ouvert à tous - portant sur l'état de santé de la population et sur ses déterminants, à différents échelons territoriaux, et sous forme de cartes interactives. Aujourd'hui, la priorité est d'actualiser nos productions, d'harmoniser et de simplifier les outils, tout en continuant à accompagner et à former les utilisateurs.

**Christelle Diodat**, administrateur du système d'information décisionnel, direction adjointe qualité et démocratie en santé

## L'ARS A MIS EN PLACE LES OUTILS STATISTIQUES au service des partenaires de la santé et des experts ARS

La mise en œuvre d'actions pertinentes pour améliorer l'état de santé d'une population passe par une connaissance fine des territoires, en termes d'offre et de consommation de soins mais aussi l'état de santé de la population.

Confiée au pôle statistique, la génération de données, de statistiques permet à la fois de nourrir les besoins internes des experts ARS mais également d'éclairer les partenaires de santé. C'est pourquoi, l'ARS veille à partager largement toute cette production de données notamment par la publication d'une multitude de documents (collection des études de l'ARS, les focus, les rapports, les bilans d'activité, les profils de territoires, l'atlas en continu,...).

En interne à l'ARS Bretagne, les directions métiers ont plusieurs types de besoins relatifs aux données. Des besoins ponctuels, qui exigent une connaissance spécifique sur une thématique et/ou sur les sources de données, mais aussi des besoins récurrents qui concernent des données souvent simples mais devant être accessibles rapidement. L'ARS a développé des outils à l'attention des experts permettant de faciliter le partage et la diffusion de l'information.

Tout aussi essentielle est la contribution de l'ARS au sein des projets nationaux pour articuler au mieux ses travaux statistiques avec l'offre nationale.

### LE CHIFFRE

# 30

publications  
sur le site internet





Le PRS2 est le résultat d'une construction collective et complexe initiée mi 2016. Les textes n'imposant plus la rédaction de plusieurs schémas (médico-social, sanitaire...), notre première étape a été l'élaboration d'une structuration du PRS : comment aborder les thèmes et les articuler ? La coordination du travail d'écriture et de relecture a été une seconde étape, en 2017. N'oublions pas qu'il s'agissait d'aboutir à un PRS moins volumineux que le précédent (+ de 1800 pages) ! Gérer l'ensemble des travaux a nécessité, à notre niveau, une organisation méthodique et rigoureuse pour classer, compiler, organiser les relectures, amendements et validations des versions successives. La concertation autour de ces documents a été permanente et conséquente, puisque nous nous sommes appuyés sur les instances existantes : partenariats institutionnels et démocratie en santé. Ainsi les travaux ont été présentés quarante-sept fois au total en 2017. Le PRS2 doit être signé mi 2018. Un travail important de suivi, puis d'évaluation, nous attend alors...

**Antoine Ballouhey**, chargé de mission PRS et pilotage  
et **Brigitte Destrez**, gestionnaire de dossiers PRS et pilotage -  
direction adjointe de la démocratie en santé et de la qualité

## L'ARS A ÉTABLI son *Projet Régional de Santé 2018-2022*

Le Projet Régional de Santé (PRS) constitue l'ensemble des priorités que l'ARS Bretagne met en œuvre avec ses partenaires pour améliorer l'état de santé des habitants de la région, favoriser leur accès à la santé et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Depuis août 2016, l'ARS Bretagne et ses partenaires préparent le PRS de deuxième génération (PRS2). Il comprend trois volets :

- un cadre d'orientation stratégique (COS), fixant pour dix ans les objectifs de l'agence ;
- un schéma régional de santé (SRS), unique, d'une durée de cinq ans, déclinant les orientations fixées par le COS, s'appuyant sur un diagnostic régional ;
- un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS).

Ces documents favorisent la transversalité entre les champs de la prévention, des soins et du médico-social. Ils sont le fruit de nombreux mois de travail, notamment avec les groupes thématiques régionaux composés de représentants des professionnels, des institutions et des usagers, cela en concertation avec les représentants de la démocratie en santé et les partenaires de l'agence.

Après une phase de concertation en fin d'année 2017, le projet du PRS2 est soumis à une consultation réglementaire de trois mois, de mi-mars à mi-juin 2018. Sa publication est prévue avant la fin du premier semestre 2018.

### LE CHIFFRE

# 650

personnes ont travaillé  
sur le PRS2  
(62 agents ARS  
et 588 professionnels  
participant à  
des groupes de travail)



# REGARDS CROISÉS

## Bernard Gaillard

Président de la CRSA Bretagne\*

La CRSA Bretagne, dans sa fonction consultative, a poursuivi activement en 2017 ses travaux sur le futur Projet Régional de Santé de Bretagne.

Les membres de la CRSA ont ciblé leurs contributions sur les thèmes du PRS2. Ce travail s'est réalisé au travers d'ateliers, dans le cadre de commissions ou de groupes de travail. L'innovation en santé, la notion de parcours, la personne âgée, la prévention et promotion de la santé, la personne en situation de handicap, les maladies chroniques... ont constitué autant de sujets propices aux échanges et aux débats.

Attachée au principe d'une démocratie en santé contributive, la CRSA Bretagne s'est également appuyée sur les contributions de ses différentes composantes, dont celles de tous les Conseils Territoriaux de Santé de Bretagne. Cela a permis de repérer les actions locales des territoires et de favoriser la transversalité entre acteurs de la démocratie en santé.

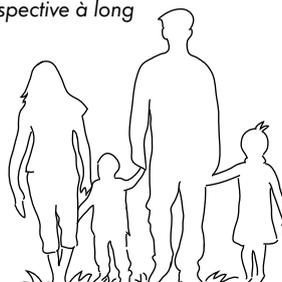
L'ensemble de ces travaux a alimenté l'avis contributif de la CRSA, qui a été présenté lors de la séance plénière du 29 mai 2018.

La concertation est une approche fondamentale pour la CRSA Bretagne ; elle représente une condition de réussite de mise en œuvre du PRS pour ne pas disposer, in fine, d'un document vide de sens et purement administratif. En effet, le PRS est un document d'intérêt général qui doit être approprié par tous, c'est pourquoi nous avons tenu à associer tous les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire à cette démarche.

Le PRS est par ailleurs à envisager comme un document ouvert, qui s'adapte aux besoins et aux évolutions sociétales. La question de son suivi et de son évaluation, nécessaire avec les instances de la démocratie en santé, contribue à l'adaptation du système de santé en région. Il est important de travailler une vision prospective à long terme, à l'instar du COS (durée de dix ans).

**« La concertation est une approche fondamentale pour la CRSA Bretagne ; elle représente une condition de réussite de mise en œuvre du PRS pour ne pas disposer, in fine, d'un document vide de sens et purement administratif. »**

\*Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie





Pilotés par l'ARS Bretagne, les portraits de territoire résultent d'un travail associant plusieurs acteurs.

Dans un premier temps, c'est l'observatoire régional de la santé de Bretagne qui a produit les portraits statistiques et déterminé des indicateurs axés sur l'accessibilité et le recours aux soins.

Les conseils territoriaux de santé se sont emparés de ces données pour faire ressortir les spécificités de leur territoire. Puis, ils ont contribué à la rédaction d'une synthèse pointant forces et faiblesses.

Elle exprime surtout les attentes et les enjeux auxquels le territoire devra faire face.

Forts de l'accompagnement et de la méthode proposés par l'ARS Bretagne, les conseils territoriaux de santé bretons ont pris une part active dans la réalisation du diagnostic territorial partagé...

**Florence Mille** et **Claire Alliou**, chargées d'études, pôle observations et statistiques, direction-adjointe de la démocratie en santé et de la qualité

## L'ARS A CONSTRUIT

les « portraits de territoire de démocratie en santé »  
et les « portraits départementaux en santé mentale »

En 2017, l'ARS Bretagne a construit deux outils d'aide au service de l'action territoriale : les portraits de territoire de démocratie en santé et les portraits statistiques départementaux en santé mentale. A travers cette démarche, elle met à disposition des acteurs et instances des indicateurs leur permettant d'identifier les enjeux liés à l'état de santé de la population et à l'offre de soins sur le territoire.

En effet, les portraits de territoire de démocratie en santé sont indispensables aux conseils territoriaux de santé pour envisager la déclinaison locale du projet régional de santé. Tous bâtis selon une structure identique, les sept documents renseignent sur la démographie, détaillent les indicateurs sociaux, restituent le contexte environnemental, dressent l'état de santé et présentent l'offre de soins. Ils livrent donc toutes les clés pour nourrir les débats et réflexions au sein de l'instance locale de démocratie en santé.

Les portraits statistiques départementaux en santé mentale constituent, quant à eux, un élément fondateur pour la définition d'une politique de santé mentale. Si, dès 2016, la Bretagne a retenu l'échelle départementale comme territoire de santé mentale, les projets territoriaux propres à la thématique restent à construire. Les acteurs de la psychiatrie disposent maintenant d'une base solide pour atteindre cet objectif. Les quatre portraits territoriaux dressent l'état des lieux des ressources et pointent les insuffisances pour permettre d'établir les préconisations.

L'ARS Bretagne réfléchit d'ores et déjà à de nouvelles productions pour 2018 pour enrichir les diagnostics territoriaux : l'atlas des pathologies par EPCI ou encore une étude imagerie mettant en évidence les délais d'accès et les taux de recours.

## LE CHIFFRE

**7** portraits de territoire de démocratie en santé

**4** portraits statistiques départementaux en santé mentale



# L'ARS A PARTICIPÉ AU DISPOSITIF de prévention de la radicalisation

## LE CHIFFRE

# 100

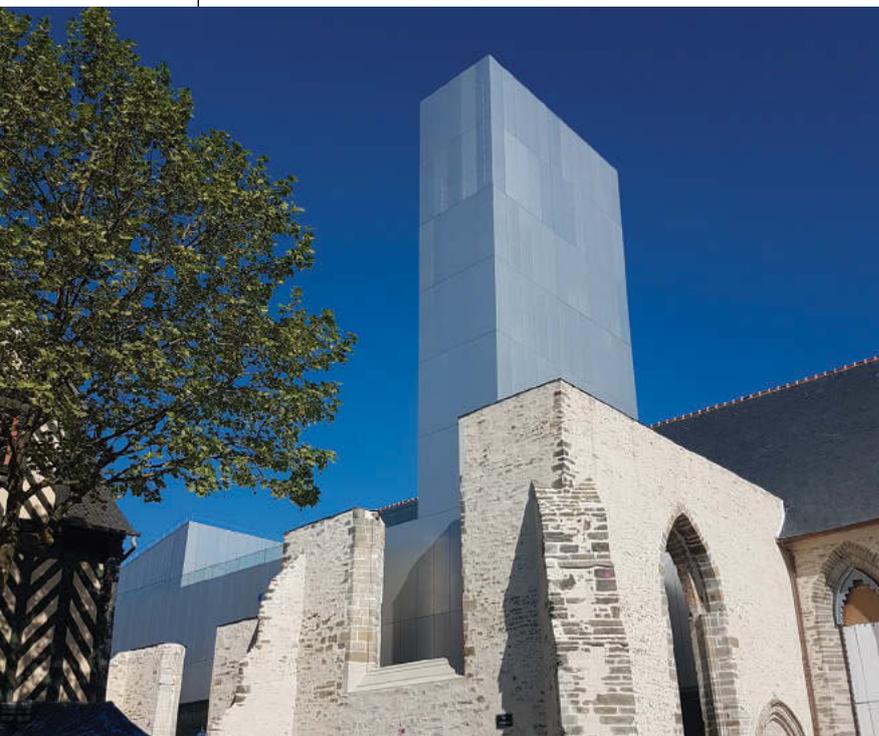
participants aux journées  
de sensibilisation  
des professionnels  
aux phénomènes  
de radicalisation

Le ministère des solidarités et de la santé est membre du comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation mis en place par le gouvernement en 2016. Le phénomène de radicalisation touchant toute la société française, la prévention passe en effet par une action commune de tous les acteurs potentiellement impliqués : renseignement, sécurité, éducation nationale, travailleurs sociaux et professionnels de santé... Un travail en réseau qui permet de prévenir la radicalisation mais aussi de prendre en charge et de soutenir les familles.

C'est dans ce contexte qu'une instruction a confié aux agences régionales de santé un cadre d'intervention s'agissant des phénomènes de radicalisation, en soutien de l'action des Préfets. L'objectif : donner à l'ARS un rôle d'interface au sein du monde de la santé pour connecter entre eux les professionnels de santé, les diriger vers des spécialistes du sujet, les sensibiliser et les impliquer dans la prévention de la radicalisation.

Pour ce faire, en 2017, un référent régional a été nommé à l'ARS Bretagne. Ses missions portent principalement sur :

- l'identification de tous les acteurs qui peuvent être mobilisés en Bretagne, la constitution d'un réseau de professionnels dits « référents » sur le sujet ;
- l'animation du réseau de référents départementaux ARS ;
- l'organisation d'actions de sensibilisation des établissements et des professionnels de santé.



*J'ai été nommée référente radicalisation en 2017.*

*A ce titre j'ai participé aux cellules de suivi animées par la préfecture de région. Dans mon rôle d'interface avec les professionnels de santé, j'ai demandé aux établissements de santé de nommer un référent sur ces questions.*

*Deux journées de formation/sensibilisation se sont tenues en septembre. Elles ont réuni des psychologues, des psychiatres, des médecins généralistes, des établissements médico-sociaux, des services de santé scolaire et les référents radicalisation des établissements de santé. Une première démarche nécessaire afin de lever les idées pré-conçues sur le phénomène de la radicalisation. Ces deux journées ont été l'occasion de présenter les déclinaisons régionales et territoriales du plan national de prévention et de lutte contre la radicalisation et d'expliquer le cadre de traitement des signalements, les droits et obligations concernant le respect du secret médical. En tant que référente radicalisation, mon rôle ne consiste pas à prendre en charge les individus mais à faciliter les échanges entre les personnes concernées qui interviennent dans le champ de la prévention de la radicalisation, parmi lesquelles, les professionnels de santé. En outre, mon rôle est de faire en sorte que les droits des patients et des usagers du système de santé soient respectés dans le cadre de la prévention de la radicalisation.*

Pour des raisons de sécurité, l'identité du référent régional de l'ARS Bretagne doit rester anonyme.



**PROTÉGER ET  
PROMOUVOIR**  
LA SANTÉ



En Bretagne, dans le cadre du nouveau PRSE, un label action reconnue PRSE3 Bretagne a été instauré. Son objectif est, d'une part, de donner plus de visibilité au PRSE sur le terrain, et, d'autre part, de faire reconnaître et de légitimer les actions locales en lien avec

la santé-environnement. La labellisation intervient pour des actions financées par les copilotes du PRSE\* ainsi que pour d'autres actions engagées ou réalisées en adéquation avec le PRSE3, sur la temporalité de ce dernier (2017-2021) et dans notre région.

La labellisation des actions est effectuée par une commission dédiée, qui se réunit deux fois par an. La première commission s'est tenue le 14 décembre 2017, labellisant ainsi 23 dossiers sur des thèmes variés : qualité de l'air intérieur ou de l'eau, alimentation saine, pêche à pied récréative, urbanisme favorable à la santé, prévention des risques solaires ou encore sensibilisation aux risques auditifs !

Une évaluation du label est envisagée fin 2018 auprès des porteurs de projets, afin d'échanger ensemble sur le dispositif après une année pleine d'existence.

**Laurine Tollec**, ingénieur santé environnement, direction adjointe santé environnement

\* Les copilotes sont : ARS Bretagne, DREAL, Conseil Régional et Préfecture de Région.

## L'ARS A INSTAURÉ LE TROISIÈME

### Plan régional santé environnement (PRSE) 2017-2021

Notre santé est conditionnée par l'environnement dans lequel nous évoluons au quotidien et avec lequel nous interagissons, de manière individuelle et collective. Ainsi, l'air que nous respirons, l'eau que nous buvons et les aliments que nous consommons sont un tout que nous devons préserver.

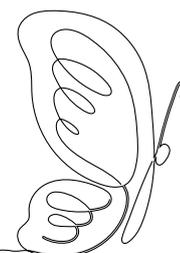
Le troisième Plan régional santé environnement (PRSE3) a pour enjeu d'améliorer la qualité de vie de tous les Breton(ne)s. Signé le 4 juillet 2017, il se décline en 24 actions et donne la priorité aux actions engagées à l'échelle des territoires : la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé, ainsi que l'amélioration de la visibilité et la territorialisation des initiatives, sont les nouvelles ambitions portées par le PRSE3. De même, le plan s'intéresse aux impacts positifs d'un environnement favorable sur la santé humaine.

Afin de faire connaître le PRSE3 au grand public, l'ARS Bretagne, la DREAL, la préfecture de Région et le conseil régional ont réalisé une carte interactive permettant de mettre en exergue les actions prévues dans le cadre du PRSE3. Une vidéo de soixante secondes présentant le PRSE3 a également été réalisée. Ces deux outils contribuent à une meilleure connaissance des enjeux santé-environnement par les Breton(ne)s.

## LE CHIFFRE

# 23

actions ont été labellisées  
« actions reconnues PRSE3  
Bretagne » en 2017





En veille sanitaire, la gestion de cas d'infection invasive à méningocoque B n'est jamais anodine mais elle répond généralement à des dispositions très procédurées qui aboutissent, le plus souvent, à une prescription d'antibiothérapie. Ici, notre mission a pris une toute autre dimension au moment où nous avons lancé les campagnes de vaccination. Elles imposent une logistique complexe et sans faille. Je pense par exemple à l'approvisionnement en vaccin Bexsero® dont la demande a dépassé tous les chiffres de dispensation. Les pharmaciens de l'agence ont été, de ce point de vue, un appui précieux car ils ont dû traiter directement avec le fabricant.

Un tel dispositif a mérité aussi une communication efficace. Au-delà des courriers, réunions d'information et autres communiqués de presse, nous avons ouvert un numéro vert pour répondre à toutes les interrogations des familles concernées. Pendant plusieurs semaines, nous avons même reçu le soutien de la réserve sanitaire pour faire face...

**Michèle Gouret**, infirmière de santé publique au sein de la direction adjointe veille et sécurité sanitaires

## L'ARS A ORGANISÉ DEUX CAMPAGNES de vaccination contre le méningocoque B à Dinan et Broon

En décembre 2016, deux cas d'infection invasive à méningocoque de type B sont survenus sur des élèves fréquentant le collège Jean Monnet de Broons. En avril 2017, deux autres ont été diagnostiqués chez deux élèves fréquentant le lycée la Fontaine des Eaux de Dinan. En pareilles circonstances (la survenue d'au moins deux cas groupés dans une collectivité, dans un délai inférieur ou égal à 4 semaines), le haut conseil de santé publique recommande la vaccination. L'ARS Bretagne a donc organisé des campagnes de vaccination contre le méningocoque de type B en proposant une vaccination par le vaccin Bexsero® à toutes les personnes fréquentant les établissements.

A Dinan, l'opération a pris une ampleur toute particulière. L'analyse des données épidémiologiques réalisée par Santé Publique France a mis en évidence la circulation d'un méningocoque B particulier dans le secteur géographique situé à l'Est des Côtes d'Armor. Dans ces conditions, les autorités sanitaires ont préconisé une vaccination de tous les enfants âgés de 11 à 19 ans de cette zone comprenant 47 communes ; charge aux médecins généralistes et aux pharmaciens de diffuser les vaccins et de réaliser les vaccinations.

Le défi auquel les autorités sanitaires devaient faire face était de taille. Il fallait tout à la fois rassurer, informer et sensibiliser les parents. Parallèlement, il était indispensable de mobiliser les professionnels de santé du secteur. Sans compter que l'efficacité du Bexsero® repose sur l'injection de deux doses de vaccins, réalisées à au moins quatre semaines d'intervalle.

### LE CHIFFRE

# 5 925

c'est la population cible  
concernée par la campagne  
de vaccination contre le  
méningocoque de type B

# REGARDS CROISÉS

## Dr Marie-Bernadette Hautier

Conseillère technique départementale du Directeur académique  
des services départementaux de l'éducation nationale

*J'ai contribué à piloter les campagnes de vaccination contre le méningocoque B décidées par l'ARS dans les établissements scolaires. Ces opérations sont exceptionnelles, seules deux autres campagnes de ce type ont déjà eu lieu en France. Le challenge pour la première campagne, au collège de Broons, était le délai très court pour mettre en place un dispositif capable d'accueillir 600 personnes en seulement deux journées ! J'avais bien en mémoire le schéma du parcours tel qu'il avait été organisé pour la vaccination contre la grippe H1N1 en 2010, mais il fallait trouver les lieux adéquats dans le collège, le personnel médical et paramédical, et le matériel. Heureusement, tous les partenaires ont répondu présent : la direction du collège, le conseil départemental avec ses professionnels de santé, l'ARS Bretagne pour l'information des familles et la communication, l'hôpital de Saint-Brieuc en lien avec le pharmacien de l'ARS pour l'approvisionnement en vaccins et en matériel médical.*

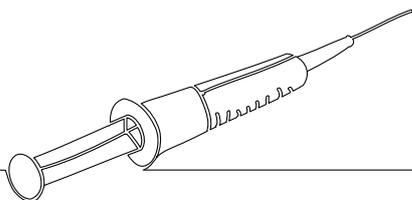
*Cette organisation a permis un excellent taux de vaccination dans l'établissement, et la seconde injection, indispensable pour obtenir une couverture vaccinale suffisante, s'est déroulée de la même façon, mais sans urgence quelques semaines après la première.*

*Cette expérience nous a permis de répondre sans difficulté lorsqu'il a fallu organiser une seconde campagne de vaccination pour le lycée de Dinan, dont la population concernée était de 2200 élèves ! Nous avons donc multiplié le dispositif par 2,5 notamment grâce à l'aide des médecins de l'Education Nationale du département voisin. Le taux de vaccination a été un peu moins bon, car les deux injections se déroulaient juste avant et juste après les épreuves du BAC, et de nombreux élèves n'étaient plus présents dans l'établissement.*

*Au total, les résultats sont intéressants : les objectifs de santé publique sont globalement atteints. Ces campagnes ont eu d'autres vertus : elles ont fait travailler ensemble des professionnels qui ne se connaissaient pas ou peu, et leur ont permis une découverte réciproque de leurs métiers.*

*De mon côté, l'expérience acquise est valorisée au sein de l'Education Nationale, notamment en réunion de collègues et en formation, avec le partage des documents et informations mis en place pour soutenir le dispositif.*

**« Le challenge pour la première campagne, au collège de Broons, était le délai très court pour mettre en place un dispositif capable d'accueillir 600 personnes en seulement deux journées ! [...] il fallait trouver les lieux adéquats dans le collège, le personnel médical et paramédical, et le matériel. »**





L'instruction ministérielle de 2012 a constitué les prémices d'une politique de santé en faveur de l'activité physique et sportive, dans un but de préservation du « capital santé » de chacun. Le décret de décembre 2016 a, par la suite, officialisé la prescription de l'activité physique adaptée (APA) par les médecins traitants, pour les malades chroniques en affections de longue durée.

Dans ce cadre, l'ARS Bretagne organise des rencontres auprès des maisons de santé pluri-professionnelles. Nous présentons le dispositif de prescription d'APA, les ressources et les outils disponibles en région : document « mode d'emploi » et carnet de suivi pour faciliter les échanges entre l'encadrant d'activité physique et le médecin traitant. L'avènement du second plan SSBE nous permet d'envisager la prescription d'APA à d'autres publics que les malades chroniques, afin de lutter contre la sédentarité dans son ensemble. Pour donner corps à cette ambition, des maisons sport santé pourraient être déployées en Bretagne.

**Myriam Racapé**, gestionnaire de dossiers santé et **Hélène Kurz**, chargée de mission, direction adjointe prévention et promotion de la santé

## L'ARS A RENFORCÉ la coordination des acteurs autour du sport-santé

La pratique régulière d'une activité physique est un facteur déterminant de bonne santé. Ses bénéfices sont aujourd'hui unanimement reconnus : augmentation de l'espérance de vie, recul de la dépendance des personnes âgées, prévention de l'obésité, du diabète ou encore des maladies cardiovasculaires.

L'activité physique est une priorité figurant dans la Stratégie Nationale de Santé et plusieurs plans nationaux. Dans ce contexte, l'ARS Bretagne et la DRJSCS\* ont engagé dès 2013 une réflexion sur cette thématique. Matérialisée dans un plan Sport Santé Bien-Être (SSBE), elle a pour objectif d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse sur le territoire breton, notamment à destination des personnes malades chroniques.

Fort d'un premier bilan riche en actions diverses, l'ARS Bretagne et la DRJSCS ont décidé d'écrire la seconde génération du plan SSBE. Prévu sur la période 2018-2022, il poursuit son action en faveur de la promotion et de la prévention de l'activité physique pour tous, particulièrement auprès de populations cibles comme les enfants et les jeunes. Il intègre également le développement de la formation des éducateurs sportifs à l'activité physique adaptée ainsi que la connaissance de la charte SSBE auprès des professionnels.

Le déploiement de ce second plan porte par ailleurs une attention particulière à la mise en place d'une offre équitable sur l'ensemble du territoire régional, en lien avec les structures sportives, les communes et les communautés de communes. Sa signature est prévue en 2018.

\* Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

### LE CHIFFRE

# 103

structures signataires de  
la charte Sport Santé Bien-Être  
proposant 190 activités  
physiques adaptées



# L'ARS A INTENSIFIÉ LA LUTTE

## contre les espèces invasives et nuisibles à la santé humaine

### LE CHIFFRE

# 100 000 euros

*c'est le montant de la subvention versée à la FREDON Bretagne chaque année, pendant 4 ans*

La lutte contre la prolifération des espèces nuisibles impactant la santé humaine est aujourd'hui une priorité pour le ministère des solidarités et de la santé.

Compte tenu de leur impact sanitaire important (pollen très allergisant), les ambrosies sont les premières espèces visées. La Bretagne est aujourd'hui l'une des rares régions où l'ambrosie n'est qu'émergente. Sa présence est cependant avérée. Le nombre de foyers ne cessant d'augmenter (35 en 2017 contre 29 en 2014), il est nécessaire et urgent de s'organiser pour limiter son expansion sur la région.

La Bretagne est par ailleurs concernée par la prolifération d'autres espèces impactant la santé humaine comme la berce du Caucase, le raisin d'Amérique et le datura stramoine.

Dans ce contexte, l'ARS Bretagne a demandé à l'association Fredon Bretagne de mettre en place un programme de lutte contre la prolifération des espèces invasives. Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2017-2020 liant les deux partenaires a ainsi été signé le 17 mai 2017. Les missions financées s'inscrivent dans la volonté de surveillance et de lutte contre les espèces animales et végétales dont la prolifération constitue une menace pour la santé humaine dans la région. Il en est de même pour les espèces animales, à l'instar des rongeurs aquatiques pour lesquels il est important d'identifier les sites où le risque sanitaire (leptospirose) lié à leur prolifération serait particulièrement élevé.

Pour mettre en place ce programme de lutte contre la prolifération des espèces invasives, un comité technique et un comité de pilotage, animés par l'ARS Bretagne et composés de partenaires institutionnels et d'associations, ont été créés et se réunissent régulièrement.



La loi de modernisation de notre système de santé a créé un nouveau chapitre intitulé « Lutte contre les espèces végétales et animales nuisibles à la santé humaine ».

Pour lutter contre la prolifération de ces espèces, l'ARS Bretagne a élaboré, en lien avec la Fredon Bretagne, un programme d'actions de lutte contre la prolifération de ces espèces nuisibles. Y figure notamment la mise en place d'un réseau de référents et d'observateurs chargés, sur le terrain, de participer à la lutte contre la prolifération des espèces allergisantes et envahissantes. Ainsi, les observateurs signaleront à leur référent toute présence de ces espèces nuisibles. Les référents auront pour missions, quant à eux, d'identifier et d'animer les observateurs locaux, de vérifier la qualité des signalements des nouveaux foyers et de faire remonter l'information auprès de la Fredon Bretagne afin d'organiser la lutte. 1 000 observateurs et référents devraient être formés d'ici 2020 en Bretagne.

**Béatrice Gautier-Grall**, ingénieur du génie sanitaire, direction adjointe santé-environnement



La Bretagne se place, avec les régions Normandie et Hauts de France, au premier rang des plus fortes mortalités régionales par cardiopathie ischémique\*. Devant un infarctus aigu du myocarde, il convient de désobstruer le plus rapidement possible l'artère coronaire bouchée responsable de l'infarctus, idéalement dans les deux premières heures afin de limiter l'atteinte du muscle cardiaque et donc le risque de complications immédiates ou secondaires. En Bretagne, seulement 53 % des patients victimes d'infarctus aigu du myocarde appellent le 15 en première intention et parmi eux, plus d'un sur trois l'appellent au-delà de la première heure suivant les symptômes. Ils sont encore trop nombreux à se présenter spontanément aux urgences d'un centre hospitalier sans plateau technique interventionnel ou au cabinet du médecin traitant. Parce qu'il existe un risque de mort subite par complication immédiate, le patient bénéficie en appelant le 15 d'une prise en charge rapide avec un mode de transport médicalisé par le SMUR, pour une admission directe en salle de cardiologie interventionnelle (il en existe 9 en Bretagne), sans transiter par les urgences. En effet, plus on est rapide, plus on est efficace et moins grande sera la quantité de myocarde détruite.

**Elisabeth Lagadec-Fethaddine**, responsable communication, direction de cabinet et **Dr Christine Guérin**, médecin, direction adjointe hospitalisation et autonomie

\* Maladie coronaire stable, infarctus du myocarde et insuffisance cardiaque ischémique  
- source DRESS « l'état de santé de la population en France » 2017 et données Cepi DC

## L'ARS A LANCÉ UNE CAMPAGNE de prévention Infarctus

Parce qu'en Bretagne on tarde à appeler le 15 en cas de douleur aiguë à la poitrine, les décès par infarctus du myocarde restent trop nombreux. Face à ce constat, l'ARS Bretagne a lancé, avec ses partenaires\*, une campagne de communication pour sensibiliser les bretons à l'appel immédiat au 15 pour toutes douleurs thoraciques de plus de 15 minutes. L'objectif : améliorer la prise en charge et la rapidité de la reperfusion du muscle cardiaque, car l'infarctus du myocarde est une urgence médicale, mettant en jeu le pronostic vital.

L'action de communication s'est appuyée sur un dispositif d'affichage urbain, une campagne radiophonique, l'envoi en nombre d'affiches auprès des médecins généralistes et des pharmacies et une campagne sur les réseaux sociaux.

La force de cette action de communication, une première en Bretagne, a reposé également sur la mobilisation des partenaires de l'ARS en étant largement relayée sur leurs médias de proximité.

Une première évaluation a montré que la campagne digitale a trouvé un écho très positif parmi les internautes, la publicité sur Facebook ayant touché plus 1 200 000 personnes. Par ailleurs, parmi les patients\*\* qui ont été pris en charge pour un syndrome coronarien aiguë dans les semaines qui ont suivi la campagne, 8 % avaient eu connaissance de la campagne et parmi eux, 50 % ont déclaré avoir contacté directement le centre 15. Des résultats prometteurs et encourageants mais encore insuffisants, qui ont motivé la reconduction de cette action en 2018.

\* la Fédération française de cardiologie, l'Assurance Maladie Bretagne, la Mutualité Sociale Agricole, le Régime social des indépendants et la Mutualité française Bretagne

\*\* échantillon de 124 patients

### LE CHIFFRE

**1 200 000**  
internautes touchés  
par la campagne  
Facebook



# REGARDS CROISÉS

## Dr Jacques Mansourati

Cardiologue au CHU de Brest

*Depuis plusieurs années, en tant que cardiologue et président de la fédération de cardiologie occidentale, j'ai mené des actions d'information de type conférence, en direction des populations de mon territoire pour sensibiliser sur les signes de l'infarctus, l'arrêt cardiaque, les gestes qui sauvent...*

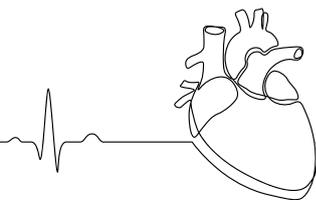
*Par expérience, il faut répéter les messages. En effet, aujourd'hui, le public est mieux informé sur les symptômes, mais pas encore assez sur la marche à suivre en cas de douleur à la poitrine. Le réflexe d'appeler le 15 n'est pas suffisamment acquis, alors même que l'infarctus du myocarde est une urgence médicale. D'où l'intérêt de la campagne de communication déployée par l'ARS Bretagne dont le message principal consistait à faire appeler le 15 en cas de douleur aiguë dans la poitrine. En appelant le Samu, c'est toute une filière de soins qui est activée afin d'orienter le plus rapidement possible le patient vers un plateau de cardiologie interventionnelle.*

*Cette campagne d'information a été l'occasion de compléter les actions ponctuelles de terrain et a surtout permis d'apporter une dimension régionale. La force de frappe a été plus importante en mobilisant les médias tels que la radio, l'affichage et les réseaux sociaux.*

*La fédération française de cardiologie a bien compris l'intérêt de ce projet et n'a pas hésité à y participer financièrement. En tant que président de cette fédération sur le Finistère, j'ai apprécié le montage de cette campagne qui a su bien associer les compétences médicales et de communication.*

*Les premières évaluations sont prometteuses et la fédération française de cardiologie, via ces deux structures bretonnes, est partante pour reconduire son partenariat en 2018, convaincue de la nécessité de répéter les messages.*

**« Cette campagne d'information a été l'occasion de compléter les actions ponctuelles de terrain et a surtout permis d'apporter une dimension régionale. »**





Dans le cadre de cette expérimentation, un psychologue clinicien a pu être recruté (à 0,8 ETP) dès le mois de décembre 2017. Il est formé et spécialisé sur les traumatismes et vulnérabilités psychologiques liés à la migration et possède une expérience à l'étranger de consultations avec interprétariat. L'objectif, pour cette première année, est la prise en charge de 60 personnes (250 entretiens) et l'appui (sensibilisation-formation) aux professionnels médicaux et sociaux de 10 structures rennaises (sociales, centres médico-psychologiques). L'inclusion des personnes se fait via un staff médico-social qui étudie chaque situation et décide de l'orientation (ou non) vers ce dispositif. Par exemple, en cas de pathologie psychiatrique avérée, la personne est orientée directement sur le CHGR ou à l'inverse, s'il s'agit d'un mal-être ou d'un stress dû à une difficulté matérielle ou familiale, la personne pourra être orientée vers un accompagnement uniquement social. Le premier bilan confirme la pertinence de ce dispositif qui répond à des situations qui étaient insuffisamment prises en charge. On prévient ainsi une aggravation et une évolution problématique des symptômes qui peuvent être traités parfois en quelques entretiens. Ce projet d'accompagnement psychosocial des réfugiés est mené à titre expérimental à Rennes mais pourra, en fonction de l'évaluation, être décliné sur d'autres territoires bretons où la même problématique commence à se poser. Restera à faire le point sur la prise en charge des enfants, mais c'est un autre chantier...

**Françoise Poupault-Chambet**, chargée de mission prévention, promotion de la santé, délégation départementale d'Ille-et-Vilaine

## L'ARS A EXPÉRIMENTÉ UN ACCOMPAGNEMENT psychosocial pour les réfugiés d'Ille-et-Vilaine

Depuis 2015, la « crise migratoire » impactant l'Europe a généré des directives nationales pour l'accueil de populations migrantes en France. Dans ce contexte, le département d'Ille-et-Vilaine a connu l'installation de personnes migrantes sur les quartiers prioritaires, notamment à Rennes. Durant leur parcours migratoire, ces personnes ont pu être confrontées à des événements traumatisants avant le départ (guerre, violences, torture) ou pendant l'exil, auxquelles s'ajoutent des conditions de vie difficile à l'arrivée (du fait notamment de la perte de repères, du processus d'acculturation...). La souffrance psychologique qui en découle se traduit sous diverses formes : détresses psycho-sociales, traumatismes psychiques, troubles de l'humeur.

Ces pathologies ou problématiques spécifiques n'étant pas ou peu prises en charge dans le droit commun, l'ARS Bretagne et ses partenaires (ville de Rennes, conseil départemental, centre hospitalier Guillaume Régner...), se sont engagés collectivement pour financer une prestation d'accompagnement psychosocial à proposer aux personnes migrantes ayant obtenu un statut de protection internationale et un appui aux professionnels chargés d'accueillir et d'accompagner ces personnes dans leur parcours d'insertion. En effet, les professionnels de santé manquaient de formation adéquate sur la spécificité des pathologies des migrants, et méconnaissaient le travail thérapeutique avec interprète, fondé sur une relation à trois (professionnel/patient/interprète).

A ce titre, un poste de psychologue a été financé au sein du Réseau Louis Guilloux, association intervenant sur l'accès aux soins des migrants qui a été mandatée pour mettre en œuvre cette action.

### LE CHIFFRE

# 60

réfugiés ont bénéficié d'un accompagnement psychosocial en Ille-et-Vilaine

# L'ARS A ACCOMPAGNÉ

## les projets innovants relatifs à la prévention et à la promotion de la santé

### LE CHIFFRE

# 500 000 euros

*mobilisés dans  
le cadre de l'appel à projets  
innovation et prévention*

En 2017, l'ARS Bretagne a lancé un appel à projets pour financer des actions innovantes en matière de prévention et promotion de la santé. A travers cette initiative, l'agence, conformément aux priorités définies dans le cadre de la stratégie nationale en santé, a placé la prévention au centre des priorités tout en favorisant l'innovation, désormais au cœur de toutes les politiques de santé.

L'appel à projets de l'ARS Bretagne avait donc pour ambition de soutenir les stratégies de prévention et d'agir sur les déterminants de santé dans le cadre de démarches innovantes. Il visait à renouveler les modalités d'intervention, en mobilisant de nouveaux moyens numériques, techniques ou organisationnels.

En termes de prévention, il ciblait cinq thématiques prioritaires : nutrition et activité physique, addictions et santé mentale, maladies chroniques et éducation thérapeutique, dépistage et vaccination, santé environnementale. Côté innovation, il couvrait les trois champs identifiés par le Ministère des Solidarités et de la Santé : l'innovation diagnostique et thérapeutique, l'innovation technologique et numérique et l'innovation organisationnelle et comportementale.

Dans son cahier des charges, l'ARS Bretagne précisait clairement ses attentes. En effet, il était indispensable de développer une prévention ciblée et innovante, tout en restant complémentaire des projets déjà mis en œuvre. Aussi, toutes les propositions devaient répondre à un besoin territorial identifié. Enfin, l'ARS Bretagne s'est montrée très attentive à la qualité et à la diversité des partenariats. Autrement dit, la co-construction d'un projet de santé publique transversal avec des partenaires associatifs ou institutionnels impliqués au niveau des territoires constituait un vrai plus.

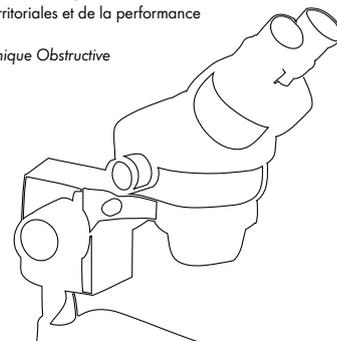


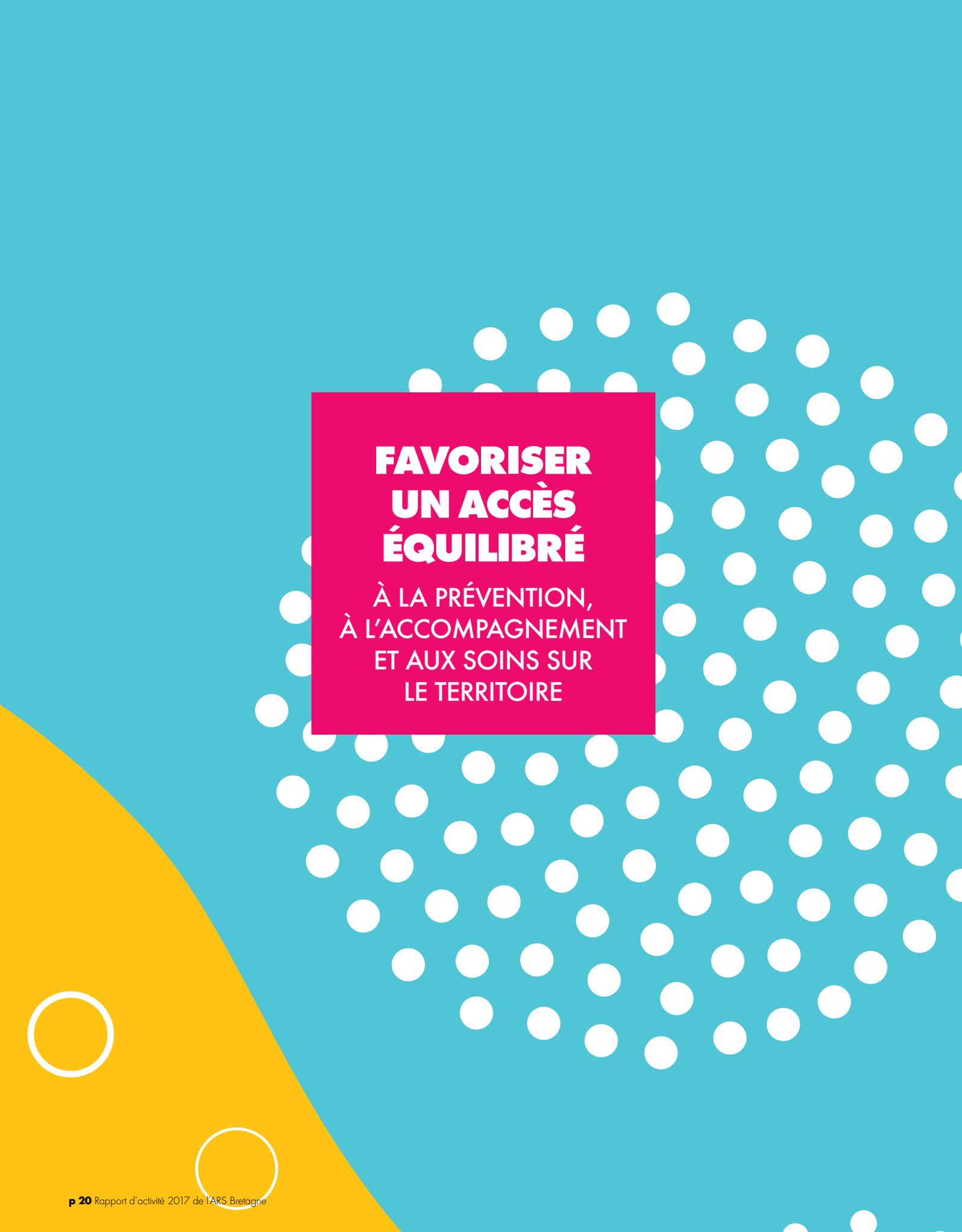
*L'appel à projets a été clôturé en octobre 2017. Nous avons réceptionné 105 candidatures dans le cadre de cet appel ! C'est une grande satisfaction car un tel engouement témoigne non seulement du dynamisme des acteurs bretons mais aussi de la pertinence du dispositif.*

*Au terme d'une analyse approfondie, nous avons finalement sélectionné 11 initiatives réparties autour des cinq thématiques structurantes précisées dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Ces projets mobilisent une enveloppe de 500 000 euros via le fonds d'intervention régional. Parmi les projets retenus : une équipe mobile « Education Thérapeutique du patient » pour des professionnels de santé libéraux, un robot de rééducation post AVC, un projet de recherche de dépistage de la BPCO par les médecins généralistes.*

**Caroline Ric**, chargée de mission au département Innovation en santé, directions des coopérations territoriales et de la performance

\* Bronco Pneumopathie Chronique Obstructive





**FAVORISER  
UN ACCÈS  
ÉQUILIBRÉ**

À LA PRÉVENTION,  
À L'ACCOMPAGNEMENT  
ET AUX SOINS SUR  
LE TERRITOIRE



Au-delà de la nouvelle doctrine régionale, l'évaluation d'un CLS a également été travaillée en 2017. Les CLS arrivant à terme doivent en effet faire l'objet d'une évaluation, durant la dernière année de vie du contrat. Celle-ci interroge d'une part le processus (construction, mise en œuvre, gouvernance, animation) et d'autre part les actions (résultats et impacts). Les pratiques ont montré que les évaluations ne suivaient pas le même cadre régional. C'est pourquoi, en lien avec la chaire « promotion de la santé » de l'EHESP, une stratégie d'évaluation participative a été élaborée à partir du CLS du Pays de Redon, afin d'observer la mise en œuvre des activités menées par les pilotes du CLS et les changements provoqués. Ce travail a été mené avec l'ARS Pays de la Loire, le territoire de Redon étant sur les deux régions. Il a mis en évidence l'importance de penser l'évaluation du CLS dès sa conception, tant dans sa forme que dans son pilotage. Cette méthode d'évaluation expérimentée pour Redon a vocation à être reproductible, avec l'élaboration d'un guide qui vise à appuyer les porteurs de CLS dans la planification et l'évaluation de ce dispositif.

**Laurence Rongère**, chargée mission « prévention promotion santé et CLS », délégation départementale d'Ille-et-Vilaine

## L'ARS A ÉLABORÉ UNE NOUVELLE DOCTRINE régionale pour les Contrats Locaux de Santé (CLS)

Depuis 2011, l'ARS Bretagne signe avec les collectivités locales des contrats locaux de santé dont l'objectif est d'améliorer les contextes environnementaux et sociaux qui déterminent l'état de santé de la population et l'accès des personnes aux services de santé. En contractualisant avec une collectivité locale ou un groupement de collectivités ainsi qu'avec d'autres partenaires institutionnels, l'ARS soutient ainsi des dynamiques locales sur des territoires de proximité urbains ou ruraux. En 2017, un état des lieux a été réalisé. Il montre que près de 21 % de la population bretonne est couverte par un CLS, avec une prédominance des contrats plus ruraux ou semi ruraux. Afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'avoir une approche globale de la santé, l'ARS a défini une doctrine régionale d'élaboration des futurs CLS. Quatre axes ont été fixés :

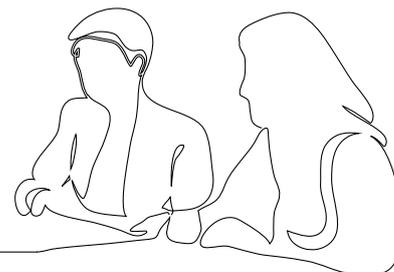
- la durée : le CLS doit courir sur une période de cinq ans pour s'articuler avec le Projet régional de santé et faciliter le déploiement des actions ;
- le territoire : il devra être peuplé d'un minimum de 50 000 habitants. Les EPCI (communautés d'agglomération ou de communes) ou regroupements d'EPCI seront les partenaires privilégiés de la contractualisation ;
- le contenu : le CLS devra aborder quatre axes stratégiques reflétant les priorités du PRS 2 : promotion de la santé, accès aux soins de premiers recours, populations vulnérables et leurs aidants, innovation et participation citoyenne ;
- les partenaires : le CLS est un outil pour fédérer les partenaires (conseils départementaux, préfecture, DDCCS, DDTM, DSDEN, conseil régional, Assurance maladie...) et favoriser une meilleure coordination des financements et des politiques impactant la santé.

Côté financement, une aide au diagnostic et à la contractualisation, versée à la collectivité territoriale signataire est prévue, distincte des financements attribués pour les actions du CLS.

### LE CHIFFRE

# 17

CLS conclus depuis 2011





Dans le cadre des travaux du zonage médecin, nous avons souhaité concerter largement afin d'aboutir à une méthodologie pertinente et partagée. Les premiers travaux ont été présentés et débattus dès septembre 2017. A cette occasion, nous avons intégré de nouveaux critères : précarité, état de santé, accès aux services d'urgences... Aussi, nous avons pris l'engagement de nous baser sur les données les plus récentes et d'actualiser le zonage tous les deux ans. L'arrêté définitif a été pris le 12 juin 2018 au terme de deux mois de consultation réglementaire. A compter de cette date, trois types de zones coexistent : les zones d'intervention prioritaire (10 % de la population alors que les zones prioritaires couvraient 5,5 % de la population), les zones d'action complémentaire (32,4 %) et les zones de vigilance (57,63 %).

**Ronan Derieux** et **Sémiya Thouir**, chargés de mission, direction adjointe en charge de l'offre ambulatoire

## L'ARS A CONFORTÉ l'accès territorial aux soins

L'ARS Bretagne a poursuivi et intensifié ses travaux visant à renforcer l'accès territorial aux soins. Si la préparation de la révision du zonage médecin a largement mobilisé les équipes, l'ARS Bretagne n'a pas délaissé ses autres chantiers. C'est ainsi que dix nouvelles maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) se sont créées dans le courant de l'année. Ces créations portent à 90 le nombre de structures d'exercice coordonné en fonctionnement en Bretagne, soit 10 % des projets français. L'ARS Bretagne s'est aussi engagée aux côtés de neuf nouveaux sites pour accompagner les professionnels dans la formalisation de leur projet de santé. Parallèlement, dix maisons de santé ont bénéficié d'un soutien en vue du déploiement d'un système d'informations partagé. Enfin, elle a reconduit la formation de coordonnateur MSP dont vingt sites bénéficient déjà.

L'ARS Bretagne s'est aussi impliquée dans des dispositifs plus innovants. Elle a financé, avec le département d'Ille-et-Vilaine, un poste d'assistant territorial universitaire chargé d'opérer un lien entre les étudiants-médecins et les territoires dans le but d'y favoriser leur installation. Le développement de la maîtrise de stage en médecine générale ambulatoire figure aussi dans les objectifs de cette expérimentation lancée fin 2017.

2017 a aussi été mise à profit pour préparer, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé médecins, les échéances importantes de 2018 : la révision de la politique liée aux MSP, l'accompagnement à la constitution des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé.

### LE CHIFFRE

# 90

Maisons de santé  
pluri-professionnelles  
reconnues par  
l'ARS Bretagne



# REGARDS CROISÉS

## Dr Nikan Mohtadi

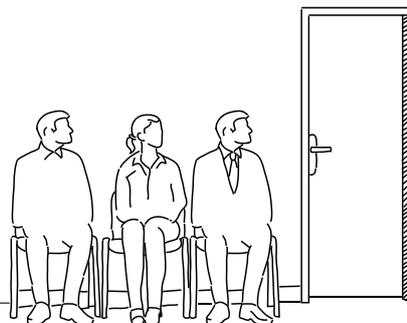
Président de l'union régionale des professionnels de santé médecins

Nous avons la chance, en Bretagne, d'être complètement en phase avec l'ARS sur les travaux destinés à favoriser l'accès aux soins sur l'ensemble des territoires. C'est par exemple le cas pour tout ce qui concerne l'accompagnement des acteurs dans leur projet santé. Si ces organisations ne solutionnent pas tous les problèmes, elles restent un outil clé pour attirer de nouveaux professionnels. Ainsi, en cas de sollicitation, nous nous efforçons de nous déplacer ensemble. Par expérience, c'est toujours une plus-value. Professionnels et élus, ont ainsi, tout de suite un discours clair et partagé : si les acteurs ont construit un diagnostic et s'engagent dans l'élaboration d'un projet de santé, nous les soutenons et insistons sur le fait que ces deux prérequis sont plus importants que l'aspect architectural. Ainsi organisés, je suis convaincu que nous évitons certains biais dans les projets.

En 2017, ce travail partenarial a aussi porté ses fruits dans le cadre de l'élaboration du nouveau zonage médecin. Même si je regrette que nous n'ayons pas été complètement entendus, au niveau national, sur la situation des médecins généralistes avec compétences ou mode d'exercice particulier - leur prise en compte dans les effectifs fausse les données sur certains secteurs urbains ou péri-urbains - l'URPS médecins a été consultée et la nouvelle cartographie améliore considérablement la situation.

Nos travaux en commun ont aussi été particulièrement constructifs sur la prochaine mise en place des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. Nous avons élaboré des guides méthodologiques, en cours de validation par tous les partenaires. Ils donneront ainsi en 2018 tous les outils aux équipes pour déployer, sur le terrain, ces nouvelles organisations.

**« En cas de sollicitation, nous nous efforçons de nous déplacer ensemble. Par expérience, c'est toujours une plus-value. Professionnels et élus, ont ainsi, tout de suite un discours clair et partagé. »**





Les ARS avaient jusqu'au 13 novembre 2017 pour remonter leurs propositions sur la base de la concertation menée avec les partenaires, sous la forme de fiches de consensus co-élaborées avec les ARS des autres régions chargées des mêmes thématiques : Hauts de France, Martinique, Auvergne Rhône-Alpes et Pays de la Loire. Globalement, ces travaux ont permis de valoriser au sein de chaque région les bonnes pratiques repérées, les dispositifs innovants, les conditions de leur réussite et de formuler les propositions les plus concrètes possibles permettant de les généraliser au niveau national. C'est la synthèse de l'ensemble de ces contributions émanant à la fois des territoires et des groupes de travail nationaux qui a permis la construction de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement présentée par le Premier ministre et la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, le 6 avril 2018.

**Julie Valadou**, chargé de mission, direction adjointe Hospitalisation et Autonomie et **Gwénaelle Corbé**, médecin inspecteur de santé publique, délégation départementale 56, absente sur la photo.

## L'ARS A LANCÉ LES TRAVAUX DE CONCERTATION relatifs au 4<sup>e</sup> plan autisme

Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, les ARS ont conduit des travaux de concertation avec leurs partenaires en région sur dix thématiques. En Bretagne, le Comité Technique Régional Autisme en a validé la méthodologie dès la fin du mois d'août. Elle s'est organisée autour de deux groupes de travail, chacun chargé d'une thématique : « L'accompagnement vers et dans l'emploi des personnes avec autisme » et « La qualité des interventions dans les hôpitaux de jour et les établissements et services médico-sociaux : accompagnement au changement ; articulation entre proximité et expertise ».

Organisée en lien avec la DIRECCTE pour la thématique emploi, cette concertation a mobilisé largement les associations d'usagers et de familles, les fédérations médico-sociales et hospitalières, les conseils départementaux, les maisons départementales du handicap, le réseau emploi (Cap emploi, pôle emploi, entreprises adaptées...) et les membres du comité technique régional autisme, dans l'objectif de s'appuyer sur leur expertise et de co-construire les propositions.

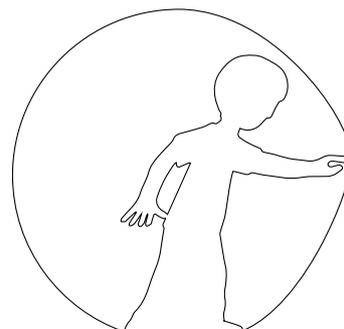
Les travaux ont fait l'objet, le 26 septembre à Brest puis le 5 octobre à Rennes, de réunions de synthèse et d'échange avec l'ensemble des partenaires territoriaux. Ces rencontres ont été marquées par la forte implication de tous les acteurs et la richesse des propositions, toutes constructives.

En complément, pour donner la possibilité à toutes les personnes concernées de s'exprimer, une consultation publique a été ouverte sur le site internet de l'ARS Bretagne. Elle a permis de recueillir les témoignages et les propositions de personnes autistes, de parents d'enfants autistes ou de professionnels accompagnants.

### LE CHIFFRE

**9,5 MILLIONS D'EUROS**

*c'est le budget consacré à la mise en œuvre du 3<sup>e</sup> plan autisme*



# L'ARS A INSTALLÉ le réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA)

## LE CHIFFRE

# 7

structures de vigilance  
composent le RREVA

En 2017, l'ARS Bretagne a poursuivi la mise en œuvre du réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA). Cette instance regroupe l'ensemble des structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA) : le coordonnateur régional d'hémovigilance, le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, le centre antipoison et de toxicovigilance, le centre régional de pharmacovigilance, le centre régional de prévention des infections associées aux soins, l'OMEDIT (observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques), la structure régionale d'appui à la qualité et à la sécurité des patients...

Ce déploiement s'inscrit dans le contexte de la réforme des vigilances engagée par la loi de modernisation de notre système de santé. Elle prévoit de renforcer la protection de la population contre les menaces sanitaires en améliorant le signalement et le traitement des événements indésirables. Un pilotage renforcé des vigilances a donc été confié aux ARS ; à elles de définir, avec l'ensemble des SRVA, un programme de travail qui déclinera et alimentera la politique de développement de la qualité et de la sécurité des prises en charge en santé.

En Bretagne, l'ARS a tiré profit des travaux engagés de longue date sur ces thématiques. En effet, le RREVA breton a été constitué dès 2013 et dispose déjà d'une cartographie des structures de vigilance et d'appui, d'un programme de travail et d'un portail internet régional. Il reste toutefois à organiser le recueil et le suivi des signalements, notamment les plus sensibles.



*Si la structuration du réseau des vigilances était bien engagée en Bretagne, la réforme a tout de même imposé de repenser l'organisation de certaines structures. Ainsi, les missions assurées par le CCLin ouest et l'ARLIN Bretagne ont été reprises par le centre régional de prévention des infections associées aux soins (CPIAS). A l'issue d'un appel à candidatures, le Directeur général de l'ARS a retenu le dossier porté par le CHU de Rennes, né de la fusion des moyens du CCLin ouest et l'ARLIN Bretagne. Depuis, les acteurs travaillent à la rédaction d'une convention de fonctionnement précisant les missions du CPIAS et définissant un programme de travail partagé avec l'ARS*

*Par ailleurs, dans le cadre de la réforme, un portail national des signalements a été mis en place permettant notamment de déclarer les événements indésirables graves associés aux soins. Afin d'appuyer les établissements et l'ARS dans la gestion de ces événements, l'ARS va désigner une structure régionale d'appui en charge de la qualité et de la sécurité des prises en charge. Un appel à candidatures est en cours.*

**Isabelle Gélébart**, directrice adjointe en charge de la veille et de la sécurité sanitaires et **Dr Véronique Pineau**, pharmacienne inspecteur de santé publique



En Ille-et-Vilaine, l'Etat s'est engagé à mettre en œuvre les mesures du comité interministériel aux ruralités, notamment au sein des contrats de ruralité. Une attention particulière est subséquemment portée à l'accessibilité des services de santé, l'objectif étant d'assurer une réponse de proximité sur le territoire, répondant à une forte demande exprimée par les bretonnais. Le développement des maisons de santé et l'accompagnement à l'installation de jeunes médecins avec l'appui de l'ARS Bretagne, en sont des illustrations. L'année 2018, avec la déclinaison d'un autre outil, le Schéma Départemental d'Amélioration de l'accessibilité des Services au Public, cosigné en décembre 2017 par le Préfet et le Président du CD35, sera notamment le moyen d'œuvrer pour une vision plus globale et stratégique des acteurs locaux en essayant de mieux intégrer l'échelle intercommunale dans ces réflexions territoriales. Ces outils interviennent en complément ou en précision des contrats locaux de santé (CLS) œuvrant dans une vision globale de la santé. Doté de 6 CLS, le département d'Ille-et-Vilaine voit sa couverture renforcée par un travail en cours d'élaboration avec les EPCI de Fougères, Redon et Brocéliande.

**Loïc Adam**, adjoint à la directrice et responsable du département animation territoriale à la délégation départementale d'Ille-et-Vilaine

## L'ARS A DÉVELOPPÉ les contrats de ruralité en Ille-et-Vilaine

Le contrat de ruralité est l'une des mesures phares du comité interministériel aux ruralités du 20 mai 2016. Il a pour vocation, sur les territoires ruraux, de :

- coordonner les moyens techniques, humains et financiers afin d'accompagner la mise en œuvre d'un projet de territoire ;
- fédérer les partenaires institutionnels, économiques, associatifs dans les territoires ruraux et donner plus de force et de lisibilité aux politiques publiques pour en décupler les effets.

Le contrat de ruralité vise à renforcer l'attractivité du territoire, favoriser l'accueil de nouvelles populations et à améliorer les conditions de vie des habitants en apportant une attention particulière aux publics les plus fragiles. Il prévoit ainsi de conforter et de développer le maillage de services en matière d'accès aux services publics et aux soins.

Il s'articule par ailleurs autour de six volets : accès aux services et aux soins, revitalisation des centres bourgs, cohésion sociale, transition écologique, mobilité et attractivité du territoire. Il y recense les actions, calendriers prévisionnels de réalisation et moyens nécessaires pour les mettre en œuvre, ainsi que les initiatives déjà en cours, issues de mesures des comités interministériels aux ruralités portées à l'échelle nationale ou de projets locaux. Il propose également le développement de nouveaux projets, dans une logique prospective à moyen terme.

Dix contrats de ruralité ont été signés en Ille-et-Vilaine en 2017. En 2018, deux nouveaux le seront : communauté de communes du Pays de Monfort et communauté de communes de Brocéliande.

### LE CHIFFRE

# 10

contrats de ruralité  
signés en Ille-et-Vilaine

# L'ARS A RENFORCÉ L'INNOVATION

## en santé en région

### LE CHIFFRE

En novembre 2017,  
le cap du

**1 000<sup>e</sup>**

acte de télémédecine  
a été franchi

Plus que jamais, le monde de la santé s'appuie sur les innovations à la fois médicales et organisationnelles. Conscient de ces enjeux, le ministère a inscrit le développement de l'innovation parmi un des quatre axes prioritaires de la Stratégie Nationale de Santé en vue d'en favoriser un accès égal et précoce sur le territoire. Les innovations constituent également une thématique mise en exergue dans le cadre du nouveau projet régional de santé.

Dans ce contexte, soucieuse d'adapter son organisation aux enjeux actuels, l'ARS Bretagne a conduit de nombreuses actions sur l'année 2017 : tout d'abord la création dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 d'un département « Innovation en santé ». Par ailleurs, de nombreux appels à projets ont été lancés afin d'accompagner les initiatives innovantes en région sur différentes thématiques : innovation et prévention, télémédecine, simulation en santé, services numériques d'appui à la coordination... dont le nombre très conséquent de candidatures traduit bien le dynamisme des acteurs en région.

L'année 2018 s'annonce également prometteuse pour le développement des innovations en région, avec notamment le lancement d'un appel à candidature portant sur les innovations organisationnelles. Une journée dédiée à l'innovation en santé s'est tenue en outre le 29 juin à Rennes, l'occasion de valoriser les initiatives bretonnes en la matière.

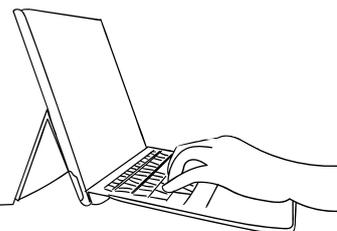


Pour mieux coordonner l'action des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux au bénéfice d'un parcours des patients fluide et adapté, le programme pluri-annuel « e-parcours » vise à développer des services numériques régionaux facilitant l'échange et le partage d'informations entre eux. Ce programme poursuit la dynamique territoriale déjà engagée, menée avec le GCS E-santé Bretagne, dans la mise à disposition d'un socle régional de services numériques.

Trois plateformes d'appui à la coordination ont été sélectionnées pour la phase pilote (2018-2019) après un appel à projets régional, puis une sélection nationale. Les territoires de santé de Brest/Carhaix/Morlaix, Vannes/Ploërmel ainsi que Saint-Malo/Dinan seront les premiers à développer l'usage de ces services numériques d'appui à la coordination avant la phase de généralisation à toute la région prévue dès 2020.

Ce programme s'articule avec le déploiement de l'outil numérique partagé « Gwalenn », la généralisation du dossier médical partagé (DMP) ou encore le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

**Anne-Briac Bili**, responsable et **Delphine Le Molgat**, chargée de mission, département innovation en santé, direction des coopérations territoriales et de la performance



**FAVORISER  
LA QUALITÉ ET  
L'EFFICIENCE**

DE L'OFFRE  
DE PRÉVENTION,  
D'ACCOMPAGNEMENT  
ET DE SOINS



Le déploiement du CAQES a été réalisé en fin d'année 2017 dans des délais contraints et a nécessité une forte pédagogie auprès des établissements pour s'engager dans ce nouveau dispositif. Un important travail d'accompagnement et d'information a été réalisé et l'ensemble des établissements de santé Bretons a conclu un CAQES. Ce contrat constitue une étape dans l'harmonisation des procédures contractuelles. Dans sa mise en œuvre, le CAQES a vocation à être un levier d'action aussi bien pour l'ARS Bretagne et l'assurance maladie que pour les établissements afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients et son efficacité, d'accompagner la diminution des dépenses de transport, de renforcer les dynamiques relatives à la pertinence ainsi qu'à la qualité et la sécurité des soins. Il fixe des objectifs aux établissements de santé déclinés en plan d'actions, s'appuyant sur des priorités régionales. En 2018, cette contractualisation se poursuivra par la réalisation d'états des lieux pour chaque établissement. Et chaque année, la réalisation des objectifs du CAQES fera l'objet d'une évaluation inscrite dans une logique de dialogue entre les parties au même titre que la fixation des objectifs et la contractualisation des différents volets.

**Nicolas Kerhervé**, chargé de mission, direction adjointe hospitalisation et autonomie

## L'ARS A SIGNÉ des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES) avec tous les établissements sanitaires

Introduit par la loi de financement de 2016, le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins est entré en application le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il s'agit d'un contrat signé entre les ARS, les CPAM et l'ensemble des établissements sanitaires (médecine, chirurgie, obstétrique, hospitalisation à domicile, dialyse, soins de suite et de réadaptation, établissements de santé mentale). Ce contrat unique est issu de la fusion de contrats existants : Contrat de Bon Usage (CBU), le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS), contrat de pertinence des soins et contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé (Capes). Il vise à garantir un juste recours à des soins de qualité et à améliorer les pratiques en matière de régulation des prescriptions médicamenteuses, de pertinence et de sécurité des soins : maîtrise des dépenses relatives aux médicaments et dispositifs médicaux, progression des prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires, développement des pratiques pluri-disciplinaires et en réseau, ...

Le CAQES comprend un volet obligatoire pour tous les établissements de santé relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations de soins. Il a fait l'objet d'une co-construction partenariale avec les fédérations sanitaires. Des volets additionnels, selon ciblage au regard des atypies des établissements, sont également prévus et concernent l'amélioration de la qualité et de l'organisation des transports et l'amélioration des pratiques (risque infectieux, risque de rupture du parcours). Un dernier volet relatif à la promotion de la pertinence des soins sera proposé aux établissements ciblés en 2018 pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

### LE CHIFFRE

# 112

établissements  
sanitaires bretons ont  
conclu un CAQES





L'année 2016 a été consacrée à l'appel à candidatures pour constituer un groupe d'établissements, ainsi qu'aux modalités de l'accompagnement et du partenariat avec l'ARACT. Nous avons confié à cet organisme l'animation d'un « Cluster », c'est-à-dire un groupe d'établissements, qui partagent leur expérience pour améliorer le bien-être des personnels, la qualité des soins et la performance.

Suite à l'appel à projet, le comité technique QVT qui réunit les partenaires régionaux (ARS, ARACT, DIRECCTE, CARSAT, ANFH et UNIFAF) a retenu sept établissements pour mener des expérimentations avec différents champs couverts : le temps de transmissions, la gestion des appels téléphoniques dans un service, l'optimisation des espaces de stockage et des locaux communs...

Au travers des premiers retours, on observe que la démarche QVT amène à des approches nouvelles sur l'organisation du travail, mais permet également de nourrir le dialogue social et professionnel positivement.

En parallèle des travaux qui se poursuivent, l'ARS intégrera dans les CPOM des établissements de santé, un volet QVT afin que cette démarche soit généralisée. Et en 2018, dans le prolongement, l'ARS va accompagner sept EHPAD bretons pour le déploiement de la démarche QVT au sein de leur établissement.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, l'ARS accompagne les ESMS dans le cadre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACTION). En 2017, l'ARS a ciblé les ESMS qui accueillent des personnes en situation de handicap qui ont ainsi pu bénéficier dans ce cadre d'un accompagnement financier pour des actions de formations (prévention des risques psychosociaux et des troubles musculo-squelettiques), des séances d'analyse de la pratique, mais également d'un soutien à l'investissement pour l'équipement en rail de transfert. Un montant de 1 217 439€ a été mobilisé.

**Claire Liénard**, gestionnaire de dossiers secteur personnes handicapées, direction adjointe financement et performance du système de santé, **Anne-Marie Lorho**, directrice adjointe, en charge des coopérations et professions de santé en établissement et **Céline Hommette**, responsable du pôle cadre, veille sociale et accompagnement RH des établissements

## L'ARS A LANÇÉ UNE EXPÉRIMENTATION « qualité de vie au travail » (QVT) auprès des établissements de santé

Dans le cadre de la stratégie nationale qualité de vie au travail (QVT) lancée fin 2016 par le ministère des solidarités et de la santé, l'action « prendre soins de ceux qui nous soignent » a été lancée en direction des professionnels médicaux et non médicaux exerçant en établissements sanitaires et médico-sociaux, et également en direction des professionnels libéraux. L'objectif : définir de nouvelles organisations plus performantes, intégrant la santé au travail et la qualité de vie des salariés. La QVT est considérée comme une démarche de progrès et non comme une série de normes à respecter.

En région, l'ARS Bretagne, en lien avec la DIRECCTE et l'ARACT, s'est engagée à déployer cette démarche auprès d'établissements de santé, sans cibler un « type » d'établissement ou une thématique particulière, afin que les structures puissent s'inscrire dans une démarche proactive et identifier leurs priorités et axes de travail.

Suite à l'appel à candidatures lancé en septembre 2016, nombreux ont été les établissements qui ont fait part de leur souhait de s'inscrire dans cette action. Sept établissements de santé ont été retenus et ont bénéficié d'un accompagnement de l'ARACT, qui s'est terminé en juin 2018.

### LE CHIFFRE

**90 000  
euros**

c'est le montant du financement  
de la démarche QVT  
(accompagnement ARACT et  
financement aux établissements)



# REGARDS CROISÉS

## Elisabeth Dewanckel

Chargée de mission - ARACT Bretagne \*

L'accompagnement que nous avons réalisé auprès des sept centres hospitaliers s'appuie sur la définition de la qualité de vie au travail proposée par l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 : « Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail ».

Sur cette base, nous avons proposé aux établissements une démarche portée en interne par un trinôme (le directeur des ressources humaines, un représentant du CHSCT, un représentant médical). Un préalable essentiel pour nourrir le dialogue social. La discussion sur le travail est en effet au cœur de la démarche de développement de la QVT. Autre composante essentielle en termes de méthodologie : le groupe de travail composé de professionnels de différents métiers, sur un périmètre d'organisation restreint (bloc opératoire, activité de médecine générale, unité de psychiatrie...). Véritable cheville ouvrière de la démarche, il était chargé de faire un état des lieux de ce qui est favorable ou non à la qualité de vie au travail dans une organisation, de définir des situations à améliorer, des pistes d'action et de contribuer à leur mise en œuvre.

Troisième composante de la démarche QVT, le comité de pilotage composé d'acteurs décisionnels dont le rôle est de prioriser et soutenir les chantiers proposés par le groupe de travail.

On peut citer, parmi les objectifs des chantiers QVT retenus prioritairement : mieux comprendre et agir sur les moments où une charge de travail excessive est ressentie (Ehpad), prévoir dans l'organisation du travail des temps d'échange et de réflexion entre professionnels (bloc opératoire), prévenir les situations conflictuelles avec les familles (Ehpad), analyser les principales causes qui génèrent des interruptions de tâches pour les réduire (service de médecine générale).

Au-delà du travail fait au sein de chaque établissement, nous avons organisé des temps de formation et d'échanges collectifs avec les sept établissements.

La démarche proposée par l'ARACT a nécessité un investissement en temps conséquent, et je dois souligner un engagement remarquable de tous les établissements.

Ce premier partenariat avec l'ARS Bretagne a été très intéressant, constructif et s'est tenu dans une relation de confiance. Il a été également enrichi par les relations avec le groupe projet au sein du comité technique régional QVT.

**« La démarche proposée par l'Aract a nécessité un investissement en temps conséquent, et je dois souligner un engagement remarquable de tous les établissements. »**

\* Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

Livrables disponibles sur le site de l'HAS sur la QVT et les clusters  
[www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail)





La généralisation des CPOM à tous les établissements et services du secteur du handicap est récente. Cet outil est un des supports mobilisés par l'ARS pour engager un mouvement de transformation de l'offre avec des enjeux de management importants pour les gestionnaires concernés. Le CPOM est en effet l'occasion d'une refonte du dialogue avec les organismes autour de points clés : adaptation des réponses aux besoins, responsabilisation des opérateurs sur les financements et recentrage du suivi et du contrôle sur le service rendu et sa qualité. Il permet de mieux connaître sur le territoire les bonnes initiatives, de repérer ce qui fonctionne, de recenser avec les structures les points forts, les points faibles et de projeter des organisations sur un moyen terme. 2017 a été consacrée à l'élaboration d'un guide méthodologique à l'attention des gestionnaires, permettant de caler la méthode et de mieux définir le contenu des futurs CPOM en Bretagne. Ces outils structurant bien la démarche ont permis de s'attacher davantage au fond afin de faire en sorte que les CPOM soient des documents très opérationnels et non pas des documents d'intention. Une bibliothèque d'objectifs, de fiches action rattachées à des orientations stratégiques a été constituée, permettant à l'ARS de rendre plus lisible la déclinaison attendue des orientations du PRS2 (par exemple, la réponse accompagnée pour tous (RAPT)). Nous veillons à ce que les contrats soient réalistes et ne comportent pas plus de quinze actions avec des objectifs mesurables, des indicateurs de suivi.

**Marie-Haude Salaun**, chargée de mission handicap, délégation départementale du Finistère

## L'ARS A ACCOMPAGNÉ DEUX RÉFORMES structurantes dans le secteur médico-social

D'ici cinq ans, tous les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux disposeront de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). C'est une obligation réglementaire. Pour accompagner les 463 établissements\* de la région Bretagne, l'ARS et les quatre conseils départementaux ont élaboré un modèle commun de CPOM en concertation avec les fédérations médico-sociales. Le cadre méthodologique posé, l'année 2017 a démarré la négociation, un à un, des contrats avec les quelques 550 gestionnaires bretons.

Outil de déclinaison du Projet Régional de Santé et des schémas départementaux, le CPOM rénove le dialogue entre les autorités (ARS et conseils départementaux) et les gestionnaires dans le cadre d'une démarche conjointe d'engagements réciproques au service de l'évolution de l'offre, de la fluidité des parcours. La qualité des prises en charge profitera de cette évolution, le CPOM permettant de développer des thématiques comme la télémédecine ou la rationalisation de la politique achat. En plus de mettre l'accent sur la qualité de la prise en charge des usagers, le contrat insiste également sur la performance du fonctionnement de chaque gestionnaire.

Cet outil représente un véritable levier de transformation du secteur médico social car il contribue à l'évolution de la gestion des établissements et services médico-sociaux, à une amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes sur les territoires, et participe à un véritable changement de culture pour les professionnels concernés.

Autre réforme structurante, le passage à l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). Les 423 EHPAD bretons ont tous déposé leur premier EPRD en juin 2017 en s'appuyant sur une méthodologie de validation commune élaborée par l'ARS avec les conseils départementaux. Les équipes ARS en charge du suivi budgétaire et financier des EHPAD se sont appropriées cette réforme, passant d'une logique de dépense à une tarification à la ressource. Les établissements du secteur personnes handicapées ainsi que les SSIAD\*\* passeront en EPRD l'année suivant la signature de leur CPOM.



\* ESMS à compétence exclusive ARS ou partagée ARS/CD  
\*\* Service de soins infirmiers à domicile





# REGARDS CROISÉS

## Bruno Montoya

Directeur général de l'association Championnet

L'association Championnet gère dix-huit établissements médico-sociaux agréés, dont quatre dans le Finistère. A ce titre, j'ai négocié des CPOM dans plusieurs régions et le travail avec l'ARS Bretagne, qui prend en compte les évolutions des politiques publiques, nous a semblé très intéressant. La démarche proposée était didactique, avec le diagnostic en appui des réflexions portant sur les perspectives de développement identifiées, soit par l'ARS, soit par nous-même, le siège national de l'association et les gestionnaires d'établissements.

Trois réunions de travail se sont tenues avec l'ARS et le conseil départemental, associant le directeur départemental de nos établissements, la directrice des services comptables du siège et moi-même. Ce contact direct et ce rapprochement avec les autorités locales humanisent la relation, offrant à chacune des parties la possibilité d'exposer ses attentes à partir des forces et faiblesses identifiées.

Le CPOM a été également l'occasion de prendre connaissance et de s'approprier la nouvelle approche budgétaire qui place l'établissement dans une démarche prospective intéressante. Sur la partie financière, l'appui du siège de l'association était nécessaire aux côtés des gestionnaires départementaux pour sa vue d'ensemble et la planification des mouvements qui concernent le budget, en mettant en parallèle tous les projets d'investissements.

Les échanges ont été transparents et les points d'amélioration attendus du côté de l'ARS Bretagne étaient tout à fait légitimes, l'efficience étant devenue une préoccupation majeure dans la gouvernance de nos établissements. La logique de « la réponse accompagnée pour tous » a été amenée de manière intelligente avec des pistes de travail concrètes.

En interne à l'établissement, le CPOM conduit à une politique du résultat. Cette démarche redonne à l'équipe de direction davantage de responsabilité sur la planification et la réalisation d'objectifs, sur la gestion des moyens alloués issus de la solidarité nationale.

**« Ce contact direct et ce rapprochement avec les autorités locales humanisent la relation, offrant à chacune des parties la possibilité d'exposer ses attentes à partir des forces et faiblesses identifiées. »**



La circulaire de 2013 a incité les régions à porter un regard particulier sur l'HAD. Elle constitue une modalité de prise en charge adaptée au virage ambulatoire et à l'amélioration de l'interface ville-hôpital. L'activité croissante de l'HAD repose, en Bretagne, sur une bonne dynamique entre les acteurs hospitaliers et ambulatoires. En 2017, nous avons souhaité développer l'HAD en soins de suite et de réadaptation (SSR), notamment pour les patients atteints de maladies neurologiques ou ayant eu un accident vasculaire cérébral. Une collaboration, a été promue par l'agence entre l'HAD 35 et des spécialistes et rééducateurs des pôles Saint-Hélier et Beaulieu de Rennes (qui sera étendue au CHU de Rennes). L'objectif est d'apporter au domicile le même niveau d'expertise de réadaptations qu'en établissement conventionnel et d'accélérer la réinsertion des patients dans leur lieu de vie, voire de travail. L'HAD constitue ici une véritable alternative à l'hospitalisation, notamment pour ceux dont l'hébergement dans un hôpital conventionnel n'est plus justifié ou adapté.

**Enguerrand Lootvoet**, chargé de mission études statistiques - direction adjointe démocratie en santé et qualité ; **Nawal Boutahar**, gestionnaire de dossier santé - direction adjointe hospitalisation et autonomie et **Patrick Zamparutti**, pharmacien général de santé publique - direction adjointe hospitalisation et autonomie

## L'ARS A CONFORTÉ le développement de l'HAD en région

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation à part entière qui permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et coordonnés, en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. Elle concerne les malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, qui en l'absence de prise en charge HAD seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. La complexité, la durée et la fréquence des actes les différencient des soins habituellement dispensés à domicile.

A ce jour, l'hôpital conventionnel demeure le principal prescripteur d'HAD (environ 70 %) ; la région se distingue néanmoins par un taux de prise en charge d'HAD en EHPAD très supérieur au niveau national. Elle permet ainsi une prise en charge de la personne âgée dans son lieu de vie, entourée d'un personnel qu'elle connaît, et peut lui éviter parfois un passage aux urgences.

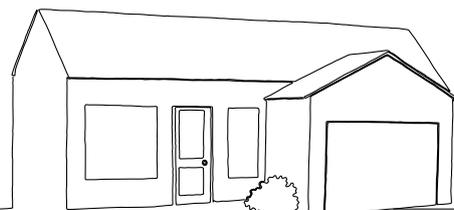
Depuis 2011, l'HAD connaît une forte croissance en Bretagne (+50 %, soit le double du niveau national), portée notamment par une volonté nationale affirmée. Ainsi, le taux de recours breton est depuis dans la moyenne nationale. 13 structures d'HAD autorisées couvrent l'ensemble de la région. Toutefois, les taux de recours des territoires et l'intégration de l'HAD dans certaines filières de soins du territoire étant hétérogènes, des travaux sont engagés pour identifier et lever les freins au développement.

L'ARS Bretagne a aussi conduit deux appels à projets portants sur l'HAD en 2016-2017. Une dizaine de projets ont ainsi été financés.

### LE CHIFFRE

# 6 027

patients ont bénéficié  
de l'HAD en Bretagne



# L'ARS A ACCOMPAGNÉ DES ÉTABLISSEMENTS

## *dans leur projets médicaux soignants partagés et a signé les premières conventions hospitalières de territoire (CHT)*

### LE CHIFFRE

**3** *contrats hospitaliers  
de territoire signés*

**4** *en préparation*

En 2017, l'ARS Bretagne a accompagné les groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans la construction de leurs projets médicaux soignants partagés (PMSP). En effet, si les périmètres des huit groupements bretons et leur convention constitutive ont été actés en 2016, l'élaboration des PMSP a été engagée en 2017. Dès janvier, les acteurs ont défini leurs filières de soins prioritaires, étape indispensable pour entamer la déclinaison opérationnelle des organisations. Selon le calendrier de travail règlementaire, chaque GHT devait finaliser ses travaux au 1<sup>er</sup> juillet 2017. Les six premiers mois de l'année ont donc été consacrés à la préfiguration d'une réponse sanitaire globale et fluide, où les partenaires renforcent leurs synergies. La vocation du PMSP est de permettre la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, en assurant une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, tout en optimisant les ressources. A noter que le projet médical soignant partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans et comprend un certain nombre d'éléments précisés dans le décret relatif aux GHT.

L'engagement notable de l'ensemble des communautés hospitalières, médecins, soignants et directions, a permis à chacun des groupements de soumettre leurs travaux dans les délais. De surcroît, tous ont travaillé la composante soignante. Ainsi, après analyse attentive de l'ensemble des documents, Olivier de Cadeville, Directeur général de l'ARS Bretagne a signé le 11 août 2017, les huit décisions d'approbation, engageant chacun des groupements à poursuivre cette dynamique de manière opérationnelle.

*Les GHT bretons ont remis à l'ARS Bretagne des PMSP structurants et de qualité selon un calendrier exigeant. Leur engagement est à souligner.*

*L'Agence a mis en place un accompagnement sur toute la durée du processus : nous avons proposé une trame type, des données d'aide au diagnostic et organisé des points d'étapes réguliers avec chaque groupement, qui se poursuivent aujourd'hui. La concordance avec la préparation du projet régional de santé a permis de prendre appui sur chacun des référents thématiques pour articuler les choix des groupements avec la stratégie régionale.*

*La réussite de ces travaux tient aussi à la dynamique des coopérations hospitalières, active en Bretagne depuis plusieurs années et qui s'est traduite par la constitution de six communautés hospitalières de territoires avant la constitution des GHT. L'ARS Bretagne a soutenu ce mouvement dès 2012, avec les premiers contrats hospitaliers de territoire : un dispositif novateur au service des coopérations qu'elle développe.*

**Anne Viviers**, chargée de mission, direction des coopérations territoriales et de la performance





Le plan triennal 2015-2017 a conforté la dynamique de coopération entre l'ARS et l'assurance maladie. Il a permis de formaliser des objectifs communs et des plans d'actions conjoints sur différents volets (transport, pertinence, médicaments, ...). Les dialogues de gestion avec les établissements ont permis d'accompagner les établissements dans la recherche d'efficacité et de performance de leur organisation. Ce que nous avons réussi à faire, c'est d'assurer un suivi rapproché des établissements tout en leur laissant un espace d'échange entre eux grâce aux sessions collectives ANAP. A travers différentes actions comme les appels à projets sur le virage ambulatoire, nous avons essayé d'être facilitateurs, au-delà du rôle classique d'autorité de tutelle. Le plan triennal a rejoint des préoccupations de réorganisation interne déjà existantes au sein des établissements qui, pour la plupart, avaient mené des actions ou identifié des objectifs pour adapter leurs prises en charge aux besoins et renforcer leur efficacité. D'ores et déjà, avec l'assurance maladie, nous travaillons sur la poursuite de ce plan dont le périmètre se veut encore plus large que le précédent, en phase avec la stratégie nationale de santé. Les nouveaux programmes s'étendent à l'efficacité et la performance des structures médico-sociales et au champ de la prévention. L'axe fort annoncé pour ce prochain plan est par ailleurs le sujet de la pertinence : pertinence des soins, des actes, des prescriptions et des prises en charge. Un sujet déjà abordé lors du premier plan mais qui nécessite une mobilisation plus forte encore de tous les acteurs en région.

**Nathalie Giovannacci**, directrice adjointe, financement et performance du système de santé

## L'ARS A DRESSÉ LE BILAN DU PLAN TRIENNAL et prépare la stratégie de transformation du système de santé

Le Gouvernement français s'est engagé en avril 2014 à mettre en œuvre un plan d'économies de 50 milliards d'euros sur trois ans, dont 10 milliards d'euros sur les dépenses de l'assurance maladie. Concrètement, il s'agissait de réduire le taux « naturel » de progression de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) entre 2015 et 2017. Pour y parvenir, le Ministère de la santé a mis en place un plan alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé. Appelé plan triennal, il a été mené conjointement en région entre l'ARS et l'assurance maladie.

2017 a été la dernière année de réalisation de ce plan. Une occasion pour réunir tous les établissements de santé afin d'en présenter le bilan et de partager les expériences et bonnes pratiques.

En termes de résultats, la chirurgie ambulatoire a connu une belle progression ainsi que l'hospitalisation à domicile. Le développement de la médecine ambulatoire a été en revanche plus modeste. Cette activité n'a pas bénéficié des mêmes incitations tarifaires et est plus complexe à mettre en œuvre. Sur les achats, l'objectif cible a été dépassé. Quant aux médicaments et dépenses liées aux transports, l'évolution des dépenses prescrites par les établissements de santé a nettement ralenti. Par rapport à la masse salariale des établissements de santé, la moyenne sur trois ans montre une maîtrise des dépenses même si 2017 a connu un dépassement de l'objectif.

Des résultats positifs et encourageants à poursuivre en 2018 avec les programmes de transformation du système de soins qui devraient avoir une durée quinquennale.

### LE CHIFFRE

**55,1 %**

des prises en charge  
chirurgicales réalisées  
en ambulatoire



# REGARDS CROISÉS

## Caroline Maringue

*Directrice adjointe au CHRU de Brest*

Le plan triennal au sein du CHU de Brest s'est appuyé sur un pilotage classique dans la continuité des conduites de projet que nous avons l'habitude de mener. Nous avons fait le choix d'une délégation du portage du projet par blocs au sein de l'équipe de direction, de la pharmacie et des médecins coordonnateurs des structures ambulatoires. Les directions des projets et des finances assuraient le suivi global.

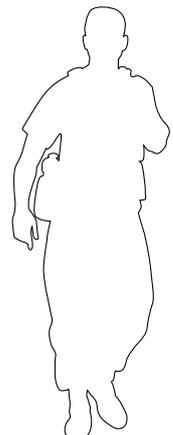
Des comités de pilotage ont été mis en place sur plusieurs thématiques : fluidité, aval, chirurgie ambulatoire, transport/médicament. La feuille de route, le plan d'actions opérationnels et le suivi au moyen d'indicateurs étaient présentés au Directoire régulièrement dans leur globalité et spécifiquement pour les thématiques ambulatoires.

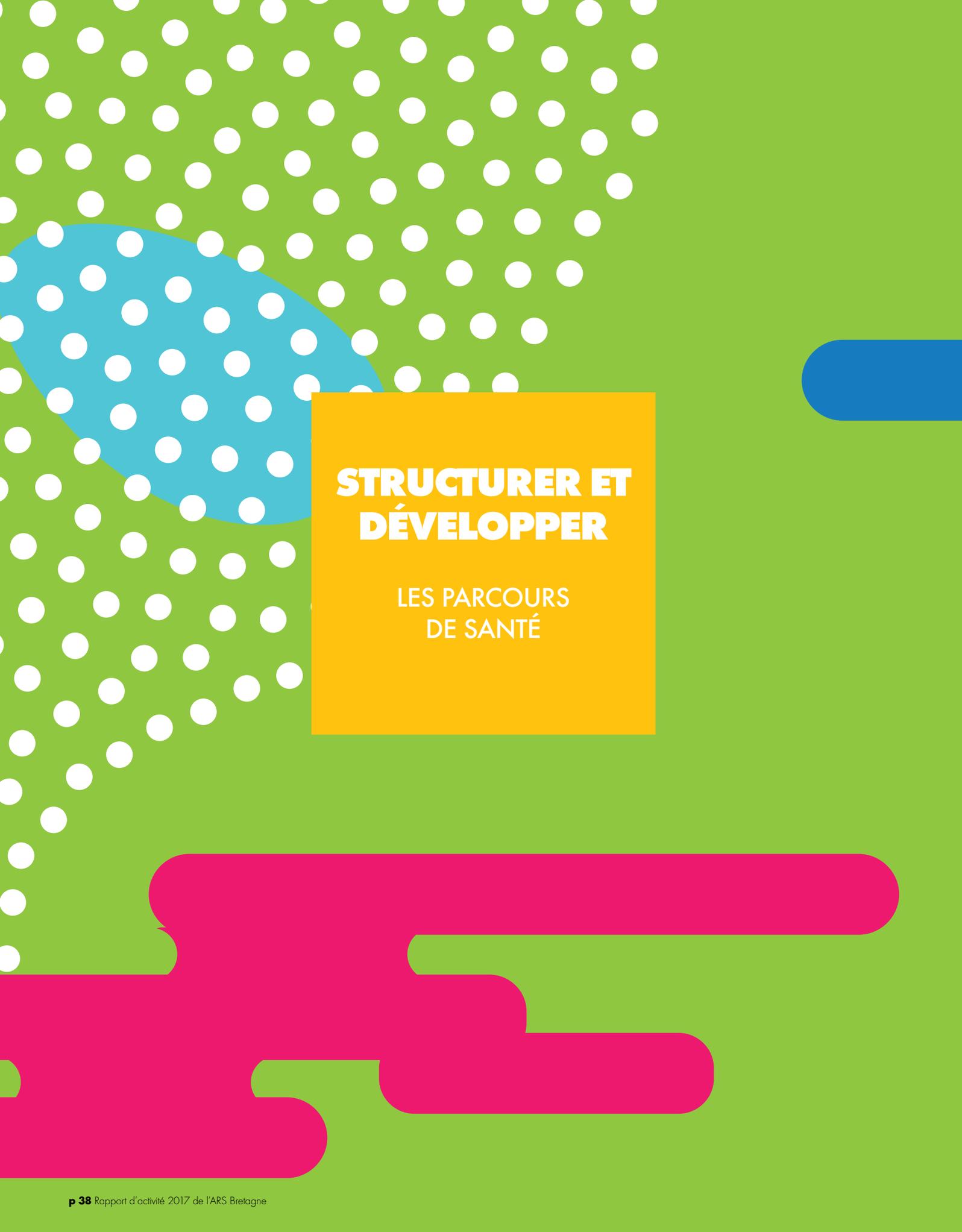
L'accompagnement par un groupe de travail régional a permis de bénéficier tout au long de la période d'un benchmark régional entre établissements publics dont chacun tirait profit. Cette communauté d'échange dynamique et conviviale a facilité le partage de bonnes pratiques des uns et des autres. C'était très intéressant d'autant que nous avons travaillé sur des thématiques communes entre établissements similaires, ce qui rendait le partage d'expériences plus profitable.

L'intérêt de la démarche est qu'elle nous a permis d'avancer de manière structurée dans le développement de l'ambulatoire, de la fluidité des parcours et des restructurations tant de services de soins et de la politique du médicament que des processus administratifs d'achats ou de transports. Je retiens néanmoins que, malgré l'énergie déployée par l'ensemble des professionnels, il faut du temps pour constater sur le long terme le bénéfice de ces évolutions. Les trois années ont été nécessaires.

Fin 2017, le bilan rétrospectif nous a permis de mesurer avec satisfaction les changements sur toute la durée du plan notamment en ce qui concerne le virage ambulatoire tant de la chirurgie que de la médecine. Des résultats positifs largement partagés au sein du CHRU.

**« L'intérêt de la démarche est qu'elle nous a permis d'avancer de manière structurée dans le développement de l'ambulatoire, de la fluidité des parcours et des restructurations tant de services de soins et de la politique du médicament que des processus administratifs d'achats ou de transports. »**





# **STRUCTURER ET DÉVELOPPER**

LES PARCOURS  
DE SANTÉ



Un rapport récent de l'ANAP\* pointe les bénéfices de l'intervention des PTA sur les territoires qu'elle a étudiés. En Bretagne, il est encore tôt pour conclure car les premières PTA ont des caractéristiques qui diffèrent (territoire, moyens, origine).

La dynamique engagée est reconnue par les acteurs institutionnels nationaux et départementaux : les trois sites proposés par la Bretagne pour participer à l'expérimentation de Systèmes Numériques d'Appui à la Coordination ont été retenus par le ministère ; sur certains départements, le conseil départemental a indiqué son souhait de voir les dispositifs d'orientation et d'intégration confiés au même porteur que celui de la PTA.

L'important est de stabiliser dès que possible une organisation lisible et simple d'accès pour ses usagers. L'implication des médecins traitants dans la gouvernance et le fonctionnement quotidien des PTA sera un critère déterminant.

En 2017, 230 médecins généralistes ont fait directement appel aux services des trois PTA en fonctionnement.

**Sylvain Pleyber**, chargé de mission, direction adjointe offre de soins ambulatoire

\*Agence Nationale d'Aide à la Performance

## L'ARS A ACCOMPAGNÉ 7 NOUVEAUX PROJETS de Plateformes territoriales d'appui (PTA)

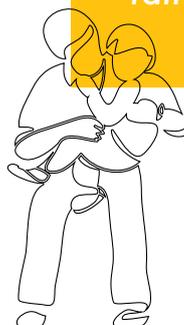
Les plateformes territoriales d'appui sont des services dédiés aux parcours de santé complexes, quelle que soit la pathologie principale du patient. Elles informent, orientent et aident les professionnels de premier recours à se coordonner avec les autres acteurs de la santé dans une logique d'accès aux soins et de maintien à domicile. L'ARS a fait le choix depuis 2013 de réunir les compétences des réseaux de santé de proximité pour constituer cette offre de services. Pour autant, sur les territoires où les réseaux n'étaient pas implantés, des plateformes peuvent voir le jour à partir du projet de professionnels locaux. En 2017, les trois premières PTA ont soufflé leur première bougie et sept autres projets ont été accompagnés. C'est ainsi que deux nouvelles PTA ont vu le jour début 2018 sur St Malo-Dinan et Vannes-Auray-Ploërmel.

Par leurs fonctions mêmes, les PTA ont pour mission principale de rendre le système de santé plus lisible et mieux coordonné. Il existe donc un fort enjeu d'articulation et de rapprochement avec d'autres dispositifs voisins comme la MAIA. Dans cette logique de convergence, l'ARS finance l'acquisition par les PTA et les MAIA d'un logiciel commun de gestion des parcours complexes. Elle promeut également le portage des missions PTA et MAIA par un porteur unique quand les circonstances locales le rendent pertinent. La convergence des compétences et du réseau de partenaires de chaque dispositif renforce leur efficacité et leur assise sur le terrain.

### LE CHIFFRE

# 33 %

des médecins généralistes installés sur les territoires des trois PTA ont fait appel à leurs services





En Bretagne, après l'expérimentation en Ille-et-Vilaine, le département des Côtes d'Armor s'est lancé dans l'élaboration d'un projet de PTSM. Le contexte départemental y était très favorable avec un partenariat local solide. En effet, l'ARS a pu s'appuyer sur un GCS santé mentale qui regroupe les trois centres hospitaliers de psychiatrie, ainsi que sur la structure Handicap 22 représentant les partenaires médico sociaux. La démarche a été très bien accueillie et s'est traduite par une forte mobilisation. Au sein de la délégation départementale de l'ARS, je suis chargée d'accompagner méthodologiquement l'élaboration de ce PTSM. J'assure l'interface avec les deux chefs de projet qui ont été nommés. J'ai également installé le comité de pilotage, participé à la formation commune à la méthodologie de l'ANAP ainsi qu'à deux groupes de travail mis en place dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic, première étape d'un PTSM. Tout en veillant à la transversalité en interne à la délégation départementale, j'apporte ma connaissance du territoire. Les travaux sont bien lancés, le suivi de la mise en œuvre restera majeur sur sa durée (5 ans).

**Evelyne Abgrall**, chargée de mission et référente en santé mentale, délégation départementale des Côtes d'Armor

## L'ARS A CONDUIT LA DÉMARCHE projet territorial en santé mentale (PTSM) dans les Côtes d'Armor

Compte tenu de la démographie des professionnels de la psychiatrie d'une part, et des difficultés rencontrées par les personnes vivant avec des troubles psychiques dans leur parcours de soins et de vie d'autre part, la loi de modernisation du système de santé prévoit la réorganisation de la santé mentale au niveau d'un territoire. L'objectif : améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale. Après le département d'Ille-et-Vilaine expérimental en 2016, l'ARS Bretagne a lancé l'élaboration de son projet territorial de santé mentale (PTSM) dans les Côtes d'Armor avec tous les acteurs du sanitaire, du médico social, du social, les représentants des usagers et les collectivités territoriales. Deux chefs de projet ont été nommés pour mettre en œuvre le PTSM, représentant les secteurs sanitaire et médico social. L'ARS a retenu le périmètre du département pour cette démarche partenariale et participative de co-construction d'un projet centré sur la réponse aux besoins.

A partir de la méthodologie de l'ANAP, l'élaboration de ce PTSM s'appuie sur l'analyse des causes de rupture de parcours et l'élaboration de solutions pour améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux dispositifs. Il repose sur un diagnostic partagé, soit un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier. Cette première étape a été initiée à l'automne 2017 et se poursuit actuellement. Ce diagnostic tient compte des spécificités du territoire et précise les modalités d'accès aux soins et d'accompagnement quels que soit les troubles psychiques concernés.

### LE CHIFFRE

# 110 380

patients adultes ont eu recours  
à la psychiatrie en Bretagne  
en ambulatoire

(chiffre 2016)



## David Sénécal

Directeur de la Plateforme de coordination départementale Handicap22

## Pascal Conan

Directeur général de la Fondation Bon Sauveur de Bégard

La force de ce PTSM tient dans le co-pilotage associant deux chefs de projets issus de secteurs complémentaires : le médico social, me concernant via ma structure Handicap22 et le sanitaire, en la personne de M. Conan, directeur du centre hospitalier de Bégard, établissement de santé mentale et représentant le GCS santé mentale. Il a entraîné une belle dynamique de coopération des acteurs, le tout impulsé par l'ARS. En effet, le soutien méthodologique et d'animation de la délégation départementale a été précieux.

Ce projet a été une véritable opportunité pour conduire une action décloisonnant les deux secteurs afin d'apporter aux personnes en souffrance psychologique des réponses globales. On le voit bien, à travers le parcours d'une personne (scolaire, professionnel, social, logement...), la problématique santé mentale peut entraîner des ruptures. Au total, cinq thématiques ont été retenues et travaillées en groupe de travail associant douze acteurs de terrain concernés. Aujourd'hui, les travaux ont bien avancé, ils devront être finalisés d'ici l'automne 2018. Cette démarche sur cinq ans devrait voir les premières actions en 2019. Les solutions que l'on propose doivent être opérationnelles et réalistes et rendre service aux personnes qui souffrent. Ce projet engage collectivement.

L'élaboration de ce PTSM a eu le grand avantage de faire se rencontrer des acteurs qui finalement ne se connaissaient pas si bien que cela. Ce temps exceptionnel de travail partenarial montre à chacun que la psychiatrie est une discipline très complexe et que la prise en charge n'est pas seulement médicale. Par exemple, la question du logement se pose dès que l'on aborde la sortie d'hospitalisation. Et l'absence d'hébergement, peut retarder, voire empêcher cette sortie. Ce travail collectif est passionnant. Un regret cependant, l'absence des médecins généralistes qui sont concernés par le parcours de soins. Un grand pas est néanmoins fait dans la réflexion, maintenant, il va falloir assurer le suivi des solutions, l'enjeu étant de ne pas décevoir les personnes en souffrance psychique et leur représentants.

**« Les solutions que l'on propose doivent être opérationnelles et réalistes et rendre service aux personnes qui souffrent. Ce projet engage collectivement. »**





# DÉVELOPPER

NOS PARTENARIATS  
ET LA DÉMOCRATIE  
SANITAIRE



Le renouvellement de la convention Culture et Santé n'a pas fait débat. Tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, le dispositif présente un bilan plus que satisfaisant. Depuis 2010, forts de l'ouverture aux établissements médico-sociaux et de la création de l'appel à projets, l'enveloppe mobilisée par les partenaires comme le nombre d'établissements soutenus ont doublé. Parallèlement, patients, résidents, professionnels de santé et artistes s'accordent sur les bienfaits du dispositif.

Un tel succès n'empêche pas les évolutions. Ainsi, ARS Bretagne et la direction régionale des affaires culturelles de Bretagne (DRAC) réfléchissent à un procédé permettant de mieux équilibrer la répartition territoriale des initiatives. Aussi, ils tissent des liens avec les collectivités territoriales ; leur engagement pourrait permettre la mobilisation de ressources plus importantes.

**Aurélien Robert**, référent culture santé, pôle communication, direction de cabinet

## L'ARS A RENOUVELÉ LA CONVENTION de partenariat Culture et Santé

En 2017, l'ARS Bretagne a renouvelé sa convention de partenariat la liant à la Direction régionale des affaires culturelles de Bretagne (DRAC) dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Les partenaires réaffirment ainsi leur implication sur la thématique en mobilisant une enveloppe annuelle de 130 000 euros. Aussi, ils pérennisent un dispositif qui a fait ses preuves. En effet, la nouvelle convention vise à renforcer l'accès à la culture et à contribuer au développement culturel au sein des établissements de santé ou médico-sociaux, par le biais de leur rapprochement avec les équipements ou lieux culturels de Bretagne.

Cette ambition se traduit à travers un appel à projets annuel. Les actions retenues dans ce cadre sont organisées au bénéfice des patients, de leurs familles et des professionnels de santé. Elles peuvent prendre des formes très diverses (des ateliers de pratique artistique, des résidences, des actions de médiation...) mais doivent systématiquement être construites de manière partagée par les structures culturelles et les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les partenaires privilégient les établissements dotés d'un référent culturel, les projets affirmant une forte ambition artistique, ceux s'inscrivant dans la durée et associant d'autres acteurs locaux, ceux suscitant des coopérations entre plusieurs établissements ou encore ceux s'inscrivant dans une dynamique territoriale.

Sur la forme, le soutien financier ne peut excéder 60 % du coût d'un projet : l'ARS Bretagne oriente son soutien vers l'établissement sanitaire ou médico-social et la DRAC verse sa subvention à la structure culturelle.

### LE CHIFFRE

# 190

projets soutenus dans le cadre  
du dispositif Culture et Santé  
depuis 2010





Le département du Finistère était préalablement constitué de deux conférences de territoires. Leur substitution par les conseils territoriaux de santé et la détermination des territoires de démocratie sanitaire en 2016 ont permis la fusion des deux anciens territoires finistériens et l'installation d'un unique CTS : celui du Finistère Penn Ar Bed. Cette évolution a été le fruit d'une réflexion des Finistériens, attachés à une vision globale des problématiques territoriales en santé. Un équilibre a dû être trouvé dans la composition du CTS, pour tenir compte de la fusion des deux anciennes instances. L'ARS Bretagne étant également soucieuse d'avoir une représentation la plus équilibrée possible, une attention particulière a été portée à l'égalité femmes-hommes.

Le CTS Finistère Penn Ar Bed a été installé le 24 février 2017 à Quimper.

Un groupe de travail s'est alors constitué en vue d'approfondir le portrait de territoire et ainsi mettre en évidence les spécificités territoriales existantes. Les rencontres entre professionnels de santé et usagers se sont également accrues, permettant une réelle mobilisation de ces derniers sur le territoire finistérien.

**Audrey Lenault**, chargée de mission démocratie en santé, délégation départementale du Finistère

## L'ARS A INSTALLÉ les Conseils Territoriaux de santé de Bretagne

Le Directeur général de l'ARS Bretagne a constitué, fin 2016, les conseils territoriaux de santé (CTS) sur chacun des sept territoires de démocratie en santé que comprend la Bretagne. Ils ont été installés en 2017.

Les CTS s'inscrivent dans une volonté de développement de la démocratie en santé. Ils constituent une véritable instance de débats, de concertations et de réflexions partagées au service des acteurs du système de santé et des usagers. Chaque CTS comprend par ailleurs une commission spécialisée en santé mentale et une formation spécifique organisant l'expression des usagers.

Le conseil territorial de santé couvre l'ensemble des champs de compétences de l'ARS Bretagne en termes de santé publique et d'offres de soins. Il aide à identifier les besoins sur les territoires et élabore des propositions visant à améliorer la réponse aux besoins de la population, notamment sur l'organisation des parcours de santé. Il contribue également à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS et organise des débats publics sur des problématiques de santé.

Pour accompagner l'organisation et le bon fonctionnement de ces CTS, une chargée de mission « démocratie en santé » a été intégrée à chaque direction départementale de l'ARS Bretagne, en lien avec la direction adjointe de la démocratie en santé et de la qualité.

### LE CHIFFRE

# 50

membres titulaires,  
48 membres suppléants  
constituent les CTS



# REGARDS CROISÉS

## Patrick Leclerc

Président du CTS Finistère Penn Ar Bed

La démocratie en santé dans le Finistère a connu une période de transition lorsque les conférences de territoires (CT) n°1 et n°2 se sont regroupées en un seul conseil territorial de santé (CTS) : élection d'un Président, diminution du nombre de représentants titulaires et suppléants, composition d'un nouveau bureau... Les dynamiques partenariales qui préexistaient entre acteurs du CT 1 et 2, avec notamment des bureaux communs et une assemblée générale commune, ont néanmoins facilité l'installation du CTS « Finistère Penn Ar Bed ».

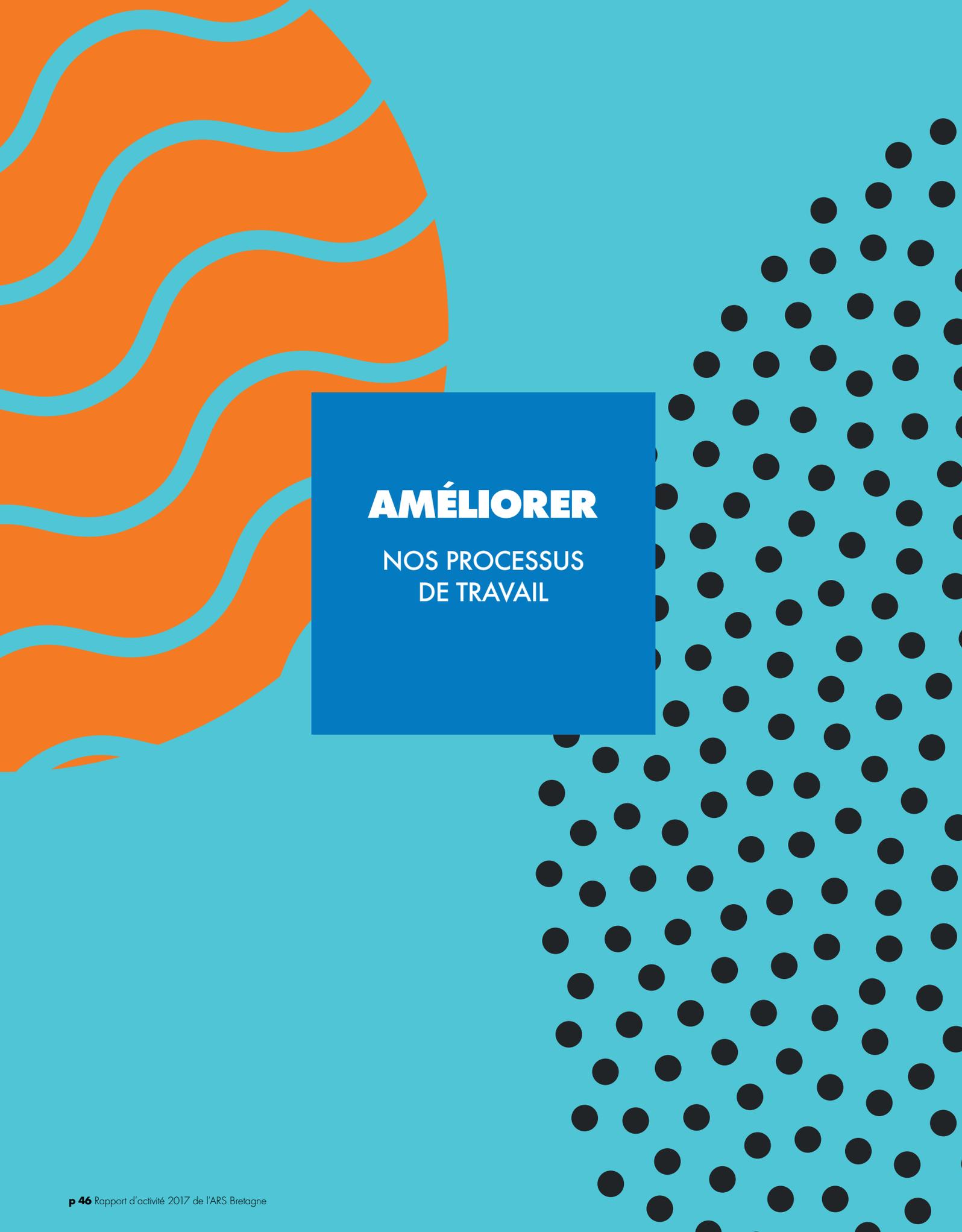
Sur notre territoire, la santé est un enjeu majeur : vieillissement de la population, handicap, démographie médicale, déficit des spécialistes... Les projets du CTS sont à cette image, variés et nombreux.

La diversité des métiers et des acteurs du CTS favorise également leur implication au niveau local, ainsi que les échanges et les partages d'expériences sur des thèmes vastes et complexes. Il ne s'agit plus ici d'être bon, voire brillantissime, chacun dans sa discipline, mais de l'être ensemble. Si l'on veut développer une approche globale, décloisonnée et participative de la santé et, surtout, mobiliser le citoyen comme acteur de sa santé, il faut se rencontrer, apprendre à se connaître et à co-construire sur des projets tangibles.

**« Il ne s'agit plus ici d'être bon, voire brillantissime, chacun dans sa discipline, mais de l'être ensemble. »**

La contribution des CTS dans le cadre de la consultation du Projet Régional de Santé 2018-2022, en lien avec la CRSA Bretagne, en est un exemple concret. Nous portons un réel intérêt pour cette démarche, qui solidifie le travail conjoint entre acteurs de la démocratie en santé de Bretagne. L'enjeu de coordination des acteurs est ici central pour répondre à l'ensemble des besoins individuels en matière de santé.





**AMÉLIORER**

NOS PROCESSUS  
DE TRAVAIL



Dans chaque département, l'action des délégations départementales embrasse tout le périmètre des missions de l'ARS. C'est très vaste mais c'est la richesse et l'intérêt de notre action avec une vision globale et panoramique très utile pour notre mission transversale d'animation territoriale et pour accompagner la politique de l'agence dans les territoires et auprès de nos partenaires.

Cette diversité de nos domaines d'action est visible dans le nouvel organigramme, notamment au travers des pôles des deux départements : animation territoriale et santé environnement.

Notre structure hiérarchique a été rénovée pour mieux répondre aux exigences : porter les logiques métiers en équipes, animer les approches transversales et/ou pluri-disciplinaires, accompagner les transformations et changements. Les deux responsables de département travaillent comme adjoints aux côtés du directeur et leur implication dans le management quotidien est précieuse.

Nous avons travaillé ce projet dans un souci de concertation, en associant les équipes aux différentes phases de travail. Depuis sa validation, nous nous attachons à faire vivre ce nouvel organigramme et à travailler au mieux avec toutes les directions métiers.

**Nathalie Le Formal**, directrice, délégation départementale d'Ille-et-Vilaine

## L'ARS A MIS EN PLACE la nouvelle organisation des délégations départementales

Une nouvelle organisation des délégations départementales est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2018.

Ce nouvel organigramme a pour ambition de mieux répondre en proximité aux enjeux « métiers » ainsi qu'aux logiques « projets », de clarifier les rôles de chacun dans l'organisation hiérarchique et d'adapter notre organisation à l'échelle du département.

Les quatre délégations sont ainsi composées des départements « animation territoriale », structuré autour de six thématiques « métiers »\* et autour de conduites de projet en lien avec le déploiement des parcours, la transformation de l'offre et l'accompagnement des territoires et « santé environnement », validé autour des quatre thématiques qui structurent les grands domaines d'intervention sur le champ santé environnement (espaces clos, environnements extérieurs, eaux consommation humaine et eaux de loisirs).

La délégation du Finistère possède un département veille et sécurité sanitaires et gère les déclarations et événements indésirables impactant le Finistère et le Morbihan. L'équipe de Rennes (siège) les gère pour l'Ille-et-Vilaine et les Côtes d'Armor.

\* Offre médico-sociale personnes handicapées, personnes âgées, prévention et promotion de la santé, offre de soins ambulatoire, hospitalière, démocratie en santé.

### LE CHIFFRE

# 169

personnes travaillent  
en Délégation  
départementale





L'équipe santé-environnement de la délégation départementale des Côtes d'Armor a pu visiter les nouveaux locaux et préciser ses besoins en termes de surfaces et d'agencement dès le mois d'août 2017. La réflexion sur la répartition des bureaux, que nous souhaitons cohérente avec l'organisation de l'unité de travail, s'est poursuivie tout au long du second semestre. Parallèlement, de gros travaux de classement et d'archivage ont été menés au cours des six derniers mois. L'équipe s'est pleinement mobilisée pour finaliser les plans d'implantation du mobilier, accélérer les opérations de tri et de mise en cartons... Le travail a été assez colossal ! Près de 450 cartons ont été nécessaires pour transporter l'ensemble des documents et pré-archives. Une dernière visite sur le site de la MSA, à l'issue des travaux de cloisonnement, a eu lieu en avril 2018 et a permis à chacun d'appréhender son nouvel environnement de travail. Même si ces futurs locaux restent isolés du siège de la délégation départementale (situé à 4,5 km environ), cette nouvelle implantation est sans nul doute synonyme de meilleures conditions matérielles de travail.

**Carole Chéruel**, responsable du département santé environnement, délégation départementale des Côtes d'Armor

## L'ARS A ORGANISÉ LE RELOGEMENT des agents de la délégation départementale 22

Une convention a été signée le 11 janvier 2018 entre l'ARS Bretagne et la MSA\* d'Armorique, afin de reloger les agents du département Santé environnement, auparavant situé rue Notre Dame à Saint-Brieuc.

La MSA d'Armorique met à disposition de l'ARS Bretagne une surface de bureaux de 231,90 m<sup>2</sup> de son site situé rue de Paimpont à Saint-Brieuc.

D'autres espaces tels que le local informatique, l'espace restauration, les salles de pauses et de réunions seront également partagés.

Des travaux de modernisation ont été réalisés afin d'accueillir les agents du département santé environnement dans les meilleures conditions. Ils ont concerné les menuiseries extérieures, l'isolation des façades, l'étanchéité des toitures, le chauffage, la ventilation, le cloisonnement, l'électricité, la plomberie et l'informatique.

Les déménagements ont été organisés en mai 2018.

\*Mutualité sociale agricole

### LE CHIFFRE

# 15

agents du département  
santé environnement  
relogés



# REGARDS CROISÉS

## Philippe Meyer

Directeur de la MSA d'Armorique

Notre Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) est conclue par période de 5 ans. Elle détermine une ligne de conduite que chaque caisse doit adopter. Un de nos axes de progrès concernait nos espaces que nous étions tenus de réduire. En moins de 10 ans, nous sommes passés de 400 à 300 salariés à St-Brieuc. Nous cherchions donc une opportunité pour partager nos locaux. L'idée était de privilégier un organisme partenaire de la MSA ou avec lequel nous avions une certaine proximité.

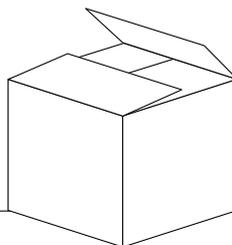
Nous avons appris incidemment que l'ARS recherchait des locaux. J'ai donc contacté, son directeur, Olivier de Cadeville pour lui proposer une partie de nos locaux (le fait que nous ayons fait l'EN3S ensemble a peut-être facilité le contact !). Disons donc que ce déménagement est le fruit de coïncidences heureuses.

Certes, nous hébergeons aussi les structures de l'offre de services de la MSA. Leur activité entre dans le prolongement de l'action sociale de la MSA. C'est donc la première fois que la MSA d'Armorique héberge une entité dont la MSA n'est pas à l'origine. Nous sommes ravis qu'il s'agisse de l'ARS.

**« C'est donc la première fois que la MSA d'Armorique héberge une entité dont la MSA n'est pas à l'origine. Nous sommes ravis qu'il s'agisse de l'ARS. »**

Mutualia et Présence Verte créées par la MSA, occupent également nos locaux.

Nous avons fait en sorte que l'accueil de nos nouveaux « colocataires » se déroule de manière naturelle et simple. Nous avons communiqué sur leur arrivée sur notre blog, sous la forme d'un article expliquant les métiers de l'ARS puis nous avons diffusé une photo de groupe sur nos écrans, dans les parties communes. L'idée était de susciter l'intérêt et favoriser les liens qui se tisseront au fil du temps.





*J'ai opté pour l'expérience du télétravail pour une raison essentiellement matérielle : mettre un terme à la fatigue journalière des 120 kms pour me rendre sur mon lieu de travail. Désormais, tous les lundis, mon bureau, c'est la maison. Bien qu'organisée, j'ai dû réfléchir à l'organisation de ma semaine de travail et prévoir en amont tous les outils dont j'allais avoir besoin pour travailler à distance sans déranger mes collègues. Le lundi matin, je me prépare comme si je partais sauf qu'au lieu de prendre la voiture, j'installe mon ordinateur, on a besoin d'une condition pour démarrer.*

*Je ne suis pas dérangée et j'en profite pour travailler sur les dossiers plus lourds où j'ai besoin de concentration et de calme. Mes collègues ont été associés à la démarche et même si cela était perturbant pour eux au début, la situation a vite été intégrée. On communique par mail ou téléphone.*

*J'espère pouvoir poursuivre cette expérience qui demande rigueur et bonne connaissance de soi.*

*Le télétravail, c'est se fixer des objectifs, s'astreindre à des horaires et... apprendre à éteindre son ordinateur.*

**Murielle Théze**, technicien sanitaire pôles Eaux de loisirs et Eaux destinées à la consommation humaine, délégation départementale du Morbihan

## L'ARS A EXPÉRIMENTÉ le télétravail

Les technologies de l'information et de la communication offrent désormais des possibilités d'organisation du travail permettant, d'une part, aux agents de concilier différemment leur vie professionnelle et leur vie privée et, d'autre part, de contribuer à limiter les risques environnementaux et routiers par une réduction des trajets domicile-lieu de travail.

C'est dans cette démarche socialement responsable que l'ARS Bretagne et les organisations syndicales ont souhaité mettre en place le télétravail sous la forme d'une expérimentation de douze mois. Un accord relatif au télétravail a été signé le 7 avril 2017 par le directeur général et les organisations syndicales représentatives du personnel.

A la suite de l'appel à volontariat, 44 salariés ont manifesté leur intérêt pour participer à l'expérimentation et 34 demandes ont été retenues, soit 8,5 % de l'ensemble des agents de l'ARS. Ce chiffre place l'agence largement au-dessus des expériences constatées dans les autres organisations ayant déjà expérimenté le télétravail.

La direction a arrêté ses choix en tenant compte de quatre intérêts, nécessairement convergents : celui du futur salarié télétravailleur, l'intérêt du service de rattachement et des agents ne prenant pas part à l'expérimentation, l'intérêt de l'agence, avec le souhait de garantir une disponibilité et une réactivité immédiates dans des fonctions qui le réclament et enfin, l'intérêt de nos partenaires externes engagés au quotidien avec nos services, fondé sur la garantie que nous devons leur offrir de toujours pouvoir compter sur un interlocuteur à l'agence.

Une première évaluation qualitative a été réalisée avec les managers et les utilisateurs au bout de quatre mois. Le bilan positif de cette démarche de progrès a conduit à la conclusion d'un accord de pérennisation du télétravail qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2018.

### LE CHIFFRE

# 30

agents retenus  
pour l'expérimentation  
télétravail



ABGRALL Evelyne  
ABITAN Hanna  
ADAM Loïc  
AIRAUD Patrick  
AISSAT-DIARD Dounia  
ALBASSER Stéphanie  
ALLAIN Christine  
ALLIOU Claire  
ALLOMBERT Erick  
AMAND Caroline  
ANDRE Morgane  
AQUET Marie-France  
ARANDA GRAU José-Hector  
ARCHAMBAULT Christine  
ARCHENOUX Gwendoline  
ARGAT Matthieu  
ARNAUD Sylvana  
AUDRAIN Sylvie  
AULOY Soizic  
AUTRET Jean-Luc  
AVISSE-ROUXEL Estelle  
BABY Jeanne  
BACON Brigitte  
BAILLOEUL Ludovic  
BAILLY Christian  
BALAY Daniel  
BALLOUHEY Antoine  
BARBIER Françoise  
BARRET Rozenn  
BARRY Habibatou  
BASSINAT Clélia  
BATEAU Chloé  
BAUBINNEC-CARADEC Séverine  
BAUDONT Sabine  
BAUDRIER Patricia  
BEAUFILS Bérengère  
BEILLON Myriam  
BENHABERROU Myriam  
BENNOUF Norya  
BENSEBANE Jasmine  
BERGER Chloé  
BERHAULT Sylvain  
BERNARD Nathalie  
BERTRAND Gaëlle  
BESCOND Catherine  
BIESEMANS Marie-Andrée  
BILI Anne-Briac  
BILLON Marie-Christine  
BIZEUL Béatrice  
BLANCHARD Valentin  
BLEAVEC Carine  
BODENES Michèle  
BODET Aurélie  
BOIREAU Laurent  
BOISNARD Manuela  
BOISSEAU Luc  
BOLOU Anne  
BONNERRE Myriam  
BONVOISIN Franck  
BORINI-VIENNEAUX Dominique  
BOST Chantal  
BOTREL Brigitte  
BOUCAULT Morgane  
BOUGEL Annick  
BOULAIS Sandrine  
BOULLE Chantal  
BOURBIAUX Tom  
BOURDON Antoine  
BOURGEAIS Maryse  
BOURGET-VALSON Bénédicte  
BOURNONVILLE Geneviève  
BOUROUF Coralie  
BOURREE Marie-Laure  
BOUTAHAR Nawal  
BOUYAHIAOUI Kamel  
BREAL Cathy  
BRECHET-MESNIL Nadia  
BRELEUR Jolya  
BRELIVET Guillaume  
BREUILLE-PERAIS Patricia  
BRIAND Claudie  
BRICET Jean-Pierre  
BRISSON Thomas  
BROSSE Florence  
BROUARD Caroline  
BROUXEL Martine  
BRUNEAU Stéphanie  
BRUN-LE LOUARN Yannick-Marie  
BUE Anne-Flore  
BUI Thi Thy  
CABASSET Laurent

CABEDOCE Héléne  
CADIO-LEROUX Nelly  
CAMBLA Nadine  
CAMPONE Mathilde  
CANTINAT Jean-Christophe  
CAREL Laëtitia  
CARTELET-GALLEE Myriam  
CHAMBRAUD-SUSINI Jérémy  
CHAMPENOIS Benoît-Pierre  
CHAMPIE Nathalie  
CHARBONNEL Julien  
CHARLES Anne  
CHAUVEL Bernard  
CHAUVET Marine  
CHENAIS Claudine  
CHERUEL Carole  
CHESNEAU Sybille  
CHEVALIER-TRUSSON Huguette  
CHOUINARD Florence  
CLUGERY Magali  
COAT Jean-Paul  
COCHET Laurence  
COINTIN Eveline  
COLAS Christelle  
COLLEAUX Magali  
COLLET Sophie  
COLLIAUX Katell  
CONAN Gwénaëlle  
CORBE Gwénaëlle  
CORBEL Edith  
CORNA Delphine  
CORVENNE Didier  
COUDRAY Suzanne  
COUELLAN Christine  
COUESME Victor  
COURQUEUX Nathalie  
CURY Mélanie  
DAEL Vincent  
DAGORNE Carole  
DANIEL Françoise  
DANIELLOU Bertrand  
DE CADEVILLE Olivier  
DE LAUZUN Virginie  
DEAN Jean-Malo  
DEBONNAIRE Sophie  
DEGUET Aline  
DELHAYE Irène  
DEMARQUET Thierry  
DENIS Christelle  
DERIEUX Ronan  
DESHAYES Thierry  
DESRUES Lucie  
DESTREZ Brigitte  
DESVALLES Carole  
DEUFF Anne  
DI GUARDIA Christèle  
DIALLO Barratou  
DINOT Ronan  
DIODAT Christelle  
DODARD Samantha  
DOKI-THONON Jean-Michel  
DOLOU Michelle  
DONCK Patrick  
DOUARAN Laurence  
DREAN Xavier  
DUCLOYER Marie-Annick  
DUFOUR Jean-Benoit  
DUGAS Sylvie  
DUL Samantha  
DUMOUTIER Thierry  
DUPUIS Marc  
DUPUIS-BELAIR Cassandre  
EBOUNDT Brigitte  
EL IDRISSE Ouaima  
EMERAUD Marie-Renée  
EMERY Valérie  
ENFRIN Christian  
EON Yannick  
EONNET Jean-Yves  
EPAILLARD Jean-Pierre  
ETHOIN Danièle  
ETIENNE Céline  
EVEN Anne-Yvonne  
FAISANT Catherine  
FALL Abdou  
FANTINA Annie  
FERRAND Sophie  
FERRE Clément  
FEVIER Christelle  
FICHET Michel  
FILY Gérard

FOIS Ophélie  
FOUCAULT Corinne  
FRAYRET Brigitte  
GABON Marine  
GABORIAU Virginie  
GAGNIERE Bertrand  
GALENS Vanessa  
GALIPOT Martine  
GANNE Arnaud  
GARREAU Philippe  
GASPAROTTO Marion  
GAUCHET Christine  
GAUTHIER Jean-Yves  
GAUTHIEROT Michel  
GAUTIER-GRALL Béatrice  
GEIGER Yoann  
GELEBART Isabelle  
GESTIN Marie  
GILLIERON Brigitte  
GIOVANNACCI Nathalie  
GLIDIC Nolwenn  
GOBY Hervé  
GODEC Elisabeth  
GOMA MOUANDA Joseph  
GONZALEZ Véronique  
GOURET Michèle  
GOURMELON Nolwenn  
GOURMELON Madeleine  
GRACIEN Marie-Laure  
GRACIN Céline

JOUAN Danielle  
JOURDAN Anne-Sophie  
JUBAULT Marie-Madeleine  
JUHEL Christelle  
KACIMI-ADAM Halem  
KELLNER Thierry  
KEREBEL Thomas  
KERHERVE Nicolas  
KERNIS Anaëlle  
KEROMNES Anne-Marie  
KING Lisa  
KURZ Héléne  
LABBAY Cédric  
LABLANQUIE Pauline  
LACOSTE Marine  
LAGADEC-FETHADDINE Elisabeth  
LAGASSAT Maurin  
LAGREE Marie-Hélène  
LALOUETTE Flavie  
LAMOTTE Ségolène  
LANCHON Claudine  
LARIBIERE Nathalie  
LARS Michel  
LASBLEIS Pascale  
LASTERNET Béatrice  
LAUBIGNAT Sabine  
LAURENT Jean-Charles  
LE BEZVOET Marielle  
LE BRIS Sophie  
LE CALLENNEC Caroline

LODS Nora  
LOMINE Anita  
LONGY Julie  
LOOTVOET Enguerrand  
LORENT Maryvonne  
LORGEUX André  
LORHO Anne-Marie  
LORIN DE LA GRANDMAISON  
Olivier  
LOSQUIN Anabelle  
LONDON Floriane  
LOUIS Didier  
LOUSTAUNAU Emmanuelle  
LUCAS Muriel  
LUCAS Valerie  
LULLIEN Alexandra  
MACE Laetitia  
MAGNANT Cécile  
MAHE Annette  
MALLET Martine  
MANGAL Anita  
MARIAGE Laurence  
MARICHAL Béatrice  
ME MOUGAMADOU Fanny  
MENARD Karine  
MENIR Wilhem  
MENOUE Julie  
MERCERIE David  
MERMET-GRANDFILLE Margaux  
MEVEL Alain  
MIGNON Simone  
MILLE Florence  
MIRLAND François  
MITOUAMONA Bernadette  
MLEKUZ Paul  
MOHANU Adrian  
MONCHOIX Myriam  
MONGEAT Jean-Paul  
MONGIN Auriane  
MONNIER Elisabeth  
MORDELLET Benjamin  
MOREL Vincent  
MORIN Jacques  
MORIN Jean-Michel  
MORVAN Annie  
MOULAI Philippe  
MOURAUD Camille  
MOUTON Héléoise  
MULLER Manon  
MULLIEZ Stéphane  
MUTSHE Maryse  
MUZZELLEC-KABOUCHE Claire  
NAULLEAU Katy  
NAUROY René  
NAVREZ Marie  
NDEULAH Cédric  
NEVOT Claudie  
NICOLAS Laurence  
NICOLAS Danielle  
NICOLLE Nadège  
NIVELET René  
NOYON Claudine  
ORIAN Mickaël  
OUADI Nora  
PANAGET Thierry  
PARPETTE Thierry  
PASSELERGUE Serge  
PAUGAM Olivier  
PECHILLON Sophie  
PELÉ Nicolas  
PENHOUET Dominique  
PEREIRA Isabelle  
PEREZ Muriel  
PERNES Jacques  
PESTEL Loïc  
PETIT Katia  
PHAM BA MARIE Anne  
PILARD Marie-Agnès  
PILORGE Marie-Claire  
PILPRE Sylvie  
PINEAU Véronique  
PIVERT Muriel  
PIVETTE Mathilde  
PLEYBER Sylvain  
PLOUHINEC Jean-Luc  
POLITI Nathalie  
PONTGELARD Annaëlle  
PONTVERT-DELUCQ Anne  
PORTENARD Huguette  
POTIN Claudine  
POUPARD Marc

POUPOULT -CHAMBERT  
Françoise  
PRESTAVOINE Marion  
PRIGENT Jean-Luc  
PRIME COTTO Gwénola  
PRUAL Véronique  
PRUDHOMME Sylvain  
QUEMENER Aurélie  
QUERE Charline  
QUETEL Virginie  
QUINTALLET Alix  
RABAULT Isabelle  
RACAPE Myriam  
RADIN Sandrine  
RAGIL Claire  
RAIMOND Maryse  
RANNOU Régine  
RATON CUNOT Angélique  
RAVENEL Nancy  
REJASSE Stéphanie  
REMEUR Jean-Paul  
RENAUD Anne-France  
RIC Caroline  
RICCIO Isabelle  
RICH Manuel  
RICHARD Benjamin  
RICHE Frédéric  
RIEU Carole  
RIHET Christiane  
RIOU Frédérique  
ROBAUX Véronique  
ROBERT Aurélien  
ROCHELLE Jérôme  
ROLAND-STEMPEZYNSKI Julie  
ROMON Isabelle  
RONGERE Laurence  
ROUAULT Christèle  
ROUDOT Nadine  
ROULLE Christophe  
ROUMIEUX Marie-Laure  
ROUSSEAU Patricia  
ROUX Laurence  
ROUXEL Bernard  
RUBION Elise  
SAID Faouzia  
SALAUN Marie-Haude  
SALAUN-HAMON Dominique  
SARRUT Stéphanie  
SASSIER Dominique  
SAWICKI Isabelle  
SCANFF Alexandre  
SECHER Michel  
SERRE Anne  
SERVASIER Patrick  
SEVAER Vincent  
SILLY Elisabeth  
SOLBES Solange  
SORIA Dimitri  
SOVERAIN Catherine  
SPINELLI Frédéric  
STEVENS Aurore  
SUZANNE Frederique  
TABOUGUA SIPOWA Raïssa  
TALIGOT Maryline  
TANCRAY Béatrice  
TARNUS Paul Emile  
TAYMI Salima  
THEFFO Mauricette  
THEZE Murielle  
THOMAS Camille  
THOUIR Semiya  
THOURE Yvonne  
TILLY Michelle  
TOLLEC Laurine  
TONES Marion  
TRELIS Jacques  
TRICAULT Patricia  
TUAL Florence  
VAILLANT Ozlem  
VALADOU Julie  
VALNET Christophe  
VENON-BLANDIN Florence  
VIANNAYE Jean-Claude  
VIDREQUIN Aymeline  
VIDY Anne VIEL Marie-Thérèse  
VIOT Rose-Line  
VIVIER Annick  
IVIES Anne  
YVON Brigitte  
ZAMPARUTTI Patrick  
ZAUG Julie



GRASSAUD Maryline  
GRIT Véronique  
GRIVEL Laurence  
GROS Rozetta  
GROSCOLAS Claude-Anne  
GUEGUEN Marie  
GUENEGO Léa  
GUERILLON Valérie  
GUERIN Christelle  
GUET Sandrine  
GUILLAUMOT Pierre  
GUILLOU Bernard  
GUILLOUX Marylène  
GUYAUX Anne  
GUYONNET Marie-Pierre  
HAMEL Arthur  
HARDI Jennifer  
HELAINIE Marie-Pierre  
HELARY Hervé  
HEMON Lénaïc  
HENRY Mathilde  
HERVAULT Alexia  
HERVE Maëllie  
HINAUX Mireille  
HOLARD Dominique  
HOMMETTE Céline  
HOSPODAREC Nadège  
HOUITTE Marylise  
HOYET Sylvie  
INZA Antoine  
JAFFRELOT Matthieu  
JAGU Philippe  
JAILLIARD Gérardine  
JAMELIN Lucie  
JAMET Thomas  
JARILLOT Frank  
JAUMOUILLE Stéphanie  
JAUENT Jean-Marc  
JAVERLIAT Thomas  
JEHANNO Marie-Christine  
JOLLE Véronique  
JOSSELIN Laura

LE CAROUR Yannick  
LE CLOAREC Hugo  
LE COQ Catherine  
LE DOUJON Christelle  
LE DU Armelle  
LE DUFF Guillaume  
LE FLOC'H Pierrick  
LE FLOCH-AMOURETTE Valérie  
LE FOLL Philippe  
LE FORMAL Nathalie  
LE FRESNE Marie-Thérèse  
LE GALL Nicolas  
LE GALLIOT Tracy  
LE GOFF Dominique  
LE GUEN Olivier  
LE GUENNEC Michelle  
LE GUYADER Daniel  
LE HELLOCO Sylvie  
LE MAUFF Sylvie  
LE MENE Gildas  
LE MOLGAT Elise  
LE MOUELLIC Priscillia  
LE PICHON Serge  
LE POUJON Elodie  
LE QUERE Jacqueline  
LE REBELLENT Lydia  
LE REST Elisabeth  
LE SAEC Dominique  
LE TALOUR Dominique  
LE VAGUERESSE Christophe  
LECUYER Gwendoline  
LEFEVRE Emmanuel  
LEFEVRE-DEJONGHE Jocelyne  
LEJEUNE Emilie  
LEMBART Colette  
LENAULT Audrey  
LEROUVREUR Claire  
LEROUX Jean Paul  
LETENDART Karen  
LEVY Thierry  
LIENARD Claire  
LIGER Myriam

\*Figurent dans cette liste les collaborateurs présents en 2017 ainsi que ceux et celles qui ont rejoint l'agence en 2018, liste arrêtée au 12 juin 2018.

**Directeur de publication :** DE CADEVILLE Olivier, **directeur de la rédaction :** BOURDON Antoine, **rédactrice en chef :** LAGADEC-FETHADDINE Elisabeth.

**Comité de rédaction :** BREUILLE-PERAIS Patricia, LAGADEC-FETHADDINE Elisabeth, RENAUD Anne-France, ROBERT Aurélien,

**Contributeurs :** ABGRALL Evelyne, ADAM Loïc, ALLIOU Claire, BALLOUHEY Antoine, BILI Anne-Briac, BOUTAHAR Nawal, CHERUEL Carole, DERIEUX Ronan, DESTREZ Brigitte, DIODAT Christelle, GAUTIER-GRALL Béatrice, GELEBART Isabelle, GIOVANNACCI Nathalie, GUERIN Christine, HOMMETTE Céline, KERHERVE Nicolas, KURZ Héléne, L LE DUFF Guillaume, LE FORMAL Nathalie, LE MOLGAT Delphine, LENAULT Audrey, LIÉNARD Claire, LOOTVOET Enguerrand, LORHO Marie-Anne, MILLE Florence, PINEAU Véronique, PLEYBER Sylvain, POUPAULT-CHAMBET Françoise, RACAPE Myriam, RIC Caroline, RONGERE Laurence, SALAUN Marie-Haude, THEZE Murielle, THOUIR Sémiya, TOLLEC Laurine, VALADOU Julie, VIVIES Anne, ZAMPARUTTI Patrick.

**Remerciements :** l'ARS Bretagne remercie les partenaires qui ont accepté de témoigner dans les pages « Regards croisés » et Destination Rennes pour avoir ouvert les portes du Couvent des Jacobins, centre des congrès de Rennes métropole, dans le cadre du reportage photo des agents de l'ARS.

**Conception graphique :** Youz ; **Mise en page :** Youz ; **Iconographie :** ARS Bretagne – **pôle communication :** BREUILLE-PERAIS Patricia ; LAGADEC-FETHADDINE Elisabeth ; RENAUD Anne-France ; ROBERT Aurélien ; **Impression :** Cloître Imprimeur

**Dépôt légal :** à parution – **N° ISSN :** 2263-62212

**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE**

6 place des Colombes CS 14253 - 35042 RENNES CEDEX

Tel. 02 90 08 80 00 • [www.bretagne.ars.sante.fr](http://www.bretagne.ars.sante.fr) • [www.facebook.com/arsbretagne](https://www.facebook.com/arsbretagne)

