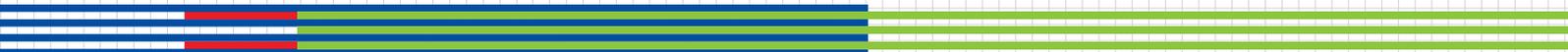




Rapport d'activité ARS Bretagne

● 2011



Agir ensemble pour la santé des Bretons



Éditorial

Alain Gautron

Directeur Général de l'ARS Bretagne

2011 a été la première année pleine de fonctionnement de l'ARS Bretagne. Deux ans après la création de l'agence, ce rapport d'activité 2011 est l'occasion non seulement de tirer un bilan de l'année écoulée, mais aussi de donner une vue globale de l'état de la construction de l'agence.

La première phase a été l'étape de préfiguration en 2010 qui a consisté à poser les principes fondateurs du fonctionnement de l'ARS Bretagne, de sa composition et de sa gouvernance.

La seconde, centrée sur l'année 2011, a principalement été tournée vers la construction du projet régional de santé.

Ces étapes franchies permettent à l'agence d'entrer dans la 3^e phase de sa construction. Cette dernière sera tournée vers la territorialisation de l'action de l'agence et vers la stabilisation de son organisation.

Au regard du chemin parcouru depuis deux ans, je suis fier aujourd'hui de présenter le bilan de l'activité des 440 collaborateurs de l'ARS Bretagne pour l'année 2011 et je tiens à en souligner quelques faits marquants.

En interne, des étapes importantes ont été franchies dans la consolidation d'une "maison commune" comme l'attestent l'installation des instances représentatives du personnel et le vaste projet d'organisation de l'agence lancé avec l'appui de l'ANAP et de la société BPI.

En externe, l'essentiel du projet stratégique de l'agence "le projet régional de santé 2012-2016 (PRS)" a été construit grâce à la contribution de l'ensemble des acteurs de la démocratie sanitaire et des professionnels de la santé. Au total, 1 500 personnes ont participé à la rédaction du PRS ce qui en fait un véritable projet participatif.

Ce travail collectif me permet aujourd'hui d'être confiant quant à la capacité de l'agence à relever les défis qui sont les siens pour la durée du PRS, à savoir la territorialisation de son action afin de permettre à tous les acteurs de la santé d'agir ensemble pour la santé des Bretons.

Sommaire

L'ARS Bretagne pilote le système de santé en région	4
L'ARS Bretagne, 4 missions santé	10
1 / La prévention, promotion et l'éducation pour la santé	10
2 / La régulation de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière et de l'offre de service médico sociale	12
3 / La prévention santé environnement	28
4 / L'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires	30
Le pilotage interne et les services supports	34
L'ARS Bretagne : le siège de l'ARS de zone Ouest	36

L'ARS Bretagne pilote le système de santé en région

L'organisation de l'agence régionale de santé en Bretagne s'appuie sur un siège social situé à Rennes et quatre délégations territoriales, une dans chaque département.

Une agence organisée autour de 6 directions et de 4 délégations territoriales.

LA DIRECTION GÉNÉRALE de l'agence régionale de santé est assurée par le directeur général. Il a pour mission d'assurer la mise en œuvre des priorités nationales et des objectifs du CPOM (Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens) et du Projet Régional de Santé breton. Il développe les relations avec les partenaires et est responsable du budget de l'Agence.

Le directeur général adjoint assure le pilotage général de l'Agence. Il contribue à la définition de la politique générale de l'ARS et en assure la mise en œuvre ainsi que l'atteinte des objectifs. Secrétaire du conseil de surveillance de l'ARS, il veille au respect des dispositions réglementaires et des missions dédiées à cette instance.

LA DIRECTION DE LA STRATÉGIE ET DES PARTENARIATS comprend trois directions adjointes et quatre missions spécifiques.

La direction adjointe en charge de la démocratie sanitaire et de la communication assure la coordination régionale de l'action des délégations territoriales (suivi des programmes territoriaux de santé et des contrats locaux de santé, mise en œuvre du projet régional de santé...); la préparation et le suivi des instances régionales (instances de la démocratie sanitaire, conseil de surveillance); la mise en œuvre de la politique de communication de l'agence (communication interne et externe).

La direction adjointe en charge de la stratégie et des projets est chargée d'améliorer la qualité de la prise en charge et l'efficacité économique de chaque opérateur de santé de la région (développement d'outils de pilotage et d'évaluation, du contrôle de gestion, négociation des plans de retour à l'équilibre des établissements en difficulté). Elle accompagne les établissements de la région et réalise l'évaluation des politiques de santé. Elle suit les programmes d'investissements immobiliers pour l'ensemble du champ de l'offre de santé et anime et pilote la démarche qualité des établissements de santé et des établissements et services médico sociaux.

La direction adjointe en charge des professions de santé et des cadres en établissements anime en lien avec les partenaires institutionnels (doyens des

facultés de médecine, de pharmacie et Conseil régional) les formations de santé médicales et paramédicales, accompagne les établissements dans la gestion de leurs ressources humaines et assure la gestion des internes et des praticiens des hôpitaux. Elle a en charge l'évaluation des directeurs d'établissements sanitaires et médico sociaux ainsi que les publications de poste et intérim. Elle gère également le secteur des formations paramédicales et instruit les autorisations d'usage de titre pour certaines professions intervenant dans le secteur de la santé.

- **La mission inspection-contrôle** assure la coordination de la gestion des plaintes et de la fonction inspection-contrôle (structuration, pilotage et développement des fonctions inspection contrôle au sein de l'agence...);
- **La mission CPOM, commission de contrôle et COSTRIM** est en charge du suivi du Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens de l'ARS;
- **La mission expertise juridique** est en charge de la défense des décisions prises par le DGARS devant les juridictions à l'occasion des contestations. Elle est le référent auprès de la direction des affaires juridiques du Ministère;
- **La mission permanence des soins en établissement de santé, biologie médicale et transport sanitaire.**

LA DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT définit la politique régionale de soins de manière transversale en couvrant à la fois les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico social. Dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé, elle gère les schémas d'organisations sanitaire et médico social. Elle coordonne également les travaux des commissions spécialisées de la CRSA pour l'offre de soins et le médico social et la commission de coordination des politiques publiques médico sociales. **Elle comprend trois directions adjointes.**

La direction adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs veille à la mise en œuvre de l'offre de soins inscrite dans les schémas, promeut de nouvelles organisations d'exercices coordonnés avec les acteurs concernés : réseaux de santé, pôles de santé, maisons de santé... Elle organise la permanence des soins ambulatoire. Elle assure le pilotage du programme régional de gestion du risque, les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération et le développement des groupes qualité.

La direction adjointe de l'offre hospitalière instruit les demandes d'autorisations sanitaires. Elle assure la gestion des enveloppes hospitalières, arrête la tarification des établissements de santé publics et privés et détermine les conditions de la contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé (CPOM...).

LES FAITS MARQUANTS

Création d'un Secrétariat général mis sous la responsabilité du directeur général adjoint. Cette nouvelle fonction contribuera à fluidifier les circuits d'information au sein de l'agence, structurer les organisations et valoriser les partenariats externes.

Création d'un pôle Qualité en établissement pour promouvoir et coordonner une politique qualité auprès des établissements des secteurs hospitalier et médico social.

Création d'une direction adjointe en charge des professions de santé et des cadres à partir de pôles préexistants antérieurement et rattachés à deux directions différentes.

À travers la mission de son pôle ENRS (espace numérique régional de santé), elle est mobilisée dans le champ des systèmes d'information et de la télé-médecine des secteurs ambulatoire ou médico social.

La direction adjointe de l'offre médico sociale gère les enveloppes médico sociales et arrête la tarification des établissements médico sociaux publics et privés. Elle assure le développement de la contractualisation avec les établissements et services et apporte un appui au développement des coopérations. La mission de mise en œuvre et de suivi du Plan Alzheimer est également confiée à cette direction adjointe.

LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE élabore et met en œuvre la politique régionale de prévention et de promotion de la santé ; de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires ainsi que les actions nécessaires à l'exercice des compétences des Préfets de département dans les domaines de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires, de la salubrité et de l'hygiène publique. Dans le cadre de la mise en œuvre du PRS, elle assure la direction du schéma d'organisation de la prévention. **Elle comprend trois directions adjointes.**

La direction adjointe veille et sécurité sanitaires anime au niveau régional la réception et la régulation des signaux sanitaires, la gestion des alertes, la préparation des volets sanitaires des plans de défense et de secours, la gestion de crise. Elle suit l'élaboration et la mise en place des protocoles départementaux relatifs aux actions réalisées pour le compte des préfets de la région Bretagne. Elle veille aussi à la qualité et

à la sécurité sanitaires liées aux produits de santé, aux activités biologie médicale et à l'exercice professionnel pharmaceutique et s'assure de la mise en œuvre des règles d'hémovigilance et des directives de l'AFSSAPS au sein des établissements de santé.

La direction adjointe prévention et promotion de la santé développe et anime une politique de prévention et promotion de la santé sur les priorités de santé identifiées sur la région. Dans le cadre du schéma régional de prévention du PRS, il lui appartient, en lien avec les partenaires, de définir et mettre en œuvre des principes d'organisation et de répartition de l'offre de prévention et de promotion de la santé (PPS), de programmer les financements des dispositifs et des actions dans le cadre de procédures d'allocation de ressources (contractualisation et appels à projets), de les suivre et de les évaluer. Elle anime la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

La direction adjointe santé environnement élabore les politiques de gestion des risques sanitaires liés à l'environnement et vise à l'harmonisation des pratiques. Ses missions s'articulent autour de trois grands axes : la prévention et la gestion des risques pour la santé humaine liées à l'eau et à l'alimentation ; la protection de la santé dans les espaces clos ; la protection de la santé dans son environnement extérieur. Elle copilote le Programme Régional Santé Environnement (PRSE) arrêté par le Préfet de Région

et en collaboration avec les services de l'État (DREAL, DRAAF, DIRECCTE...) et avec le Conseil régional.

LA DIRECTION DES FINANCES / AGENCE COMPTABLE assure l'ensemble des activités budgétaires et comptables de l'agence. À ce titre, elle prépare le budget avec le directeur général. Elle contrôle et exécute les opérations de recettes et de dépenses de l'agence, assure la tenue des comptabilités et la gestion des opérations de trésorerie et contrôle la qualité budgétaire et comptable au sein de l'agence. Elle est également responsable de la maîtrise des risques financiers et comptables et de l'animation du système d'information budgétaire et comptable (SIBC). Enfin, elle est responsable de la paye, des déclarations sociales et fiscales et de la déclaration annuelle des salaires.

LA DIRECTION DES RESSOURCES définit la politique globale de gestion des ressources humaines de l'agence (définition d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences pluriannuelles, mise en place de référentiels métiers, élaboration du plan annuel de recrutement, du plan de formation). Elle met en place les instances de dialogue social (prépare, anime et suit les instances représentatives du personnel : Comité d'Agence, CHSCT, Délégués du Personnel). Elle définit les moyens généraux de l'agence, veille à la qualité de l'infrastructure des systèmes d'information, élabore la politique immobilière et gère la documentation de l'ARS.

Une organisation régionale fondée sur un ancrage territorial de proximité avec 4 délégations territoriales des Côtes d'Armor, du Finistère, de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

LES DÉLÉGATIONS TERRITORIALES sont organisées en deux départements : le département **Veille et Sécurité Sanitaires - Santé Environnement (VSS-SE)** et le département **action et animation territoriale de santé (ATS)**.

Dans le domaine de la santé publique, les délégations territoriales participent à l'élaboration du programme régional de contrôle des règles d'hygiène et à sa mise en œuvre. Elles contribuent également à la programmation régionale liée à la prévention et la gestion des alertes sanitaires. Elles interviennent dans la gestion des alertes et des signaux en relais de la plate-forme régionale et participent à la préparation

et mise en place des plans de gestion des crises. Elles assurent enfin la mise en œuvre des actions de prévention et de gestion des risques dans le domaine de la santé environnementale et épidémiologique.

Dans le domaine de l'action et animation territoriale, les équipes des délégations territoriales :

- contribuent à l'organisation de l'offre de santé, à l'instruction des dossiers d'autorisation, à la négociation des CPOM, à la gouvernance des établissements locaux (suivi des projets d'établissement, participation aux instances) et participent à la définition du programme d'inspection et contrôle ;

- contribuent à l'accompagnement des professionnels de santé libéraux dans un objectif de continuité des soins en ville comme à l'hôpital ;
- accompagnent et régulent les interventions des acteurs de la prévention sur le territoire ;
- développent des projets d'articulation des acteurs du système de santé sur le territoire (programmes territoriaux de santé (PTS), contrats locaux de santé (CLS)...) .

L'ensemble de ces missions sont coordonnées sur chacun des huit territoires de santé par un coordonnateur de territoire.



Signature du contrat local de santé du pays de Vitré-Porte de Bretagne

Organigramme général

Agent comptable : Éric Fourier

Direction générale :

Secrétariat général :
Stéphanie Horala

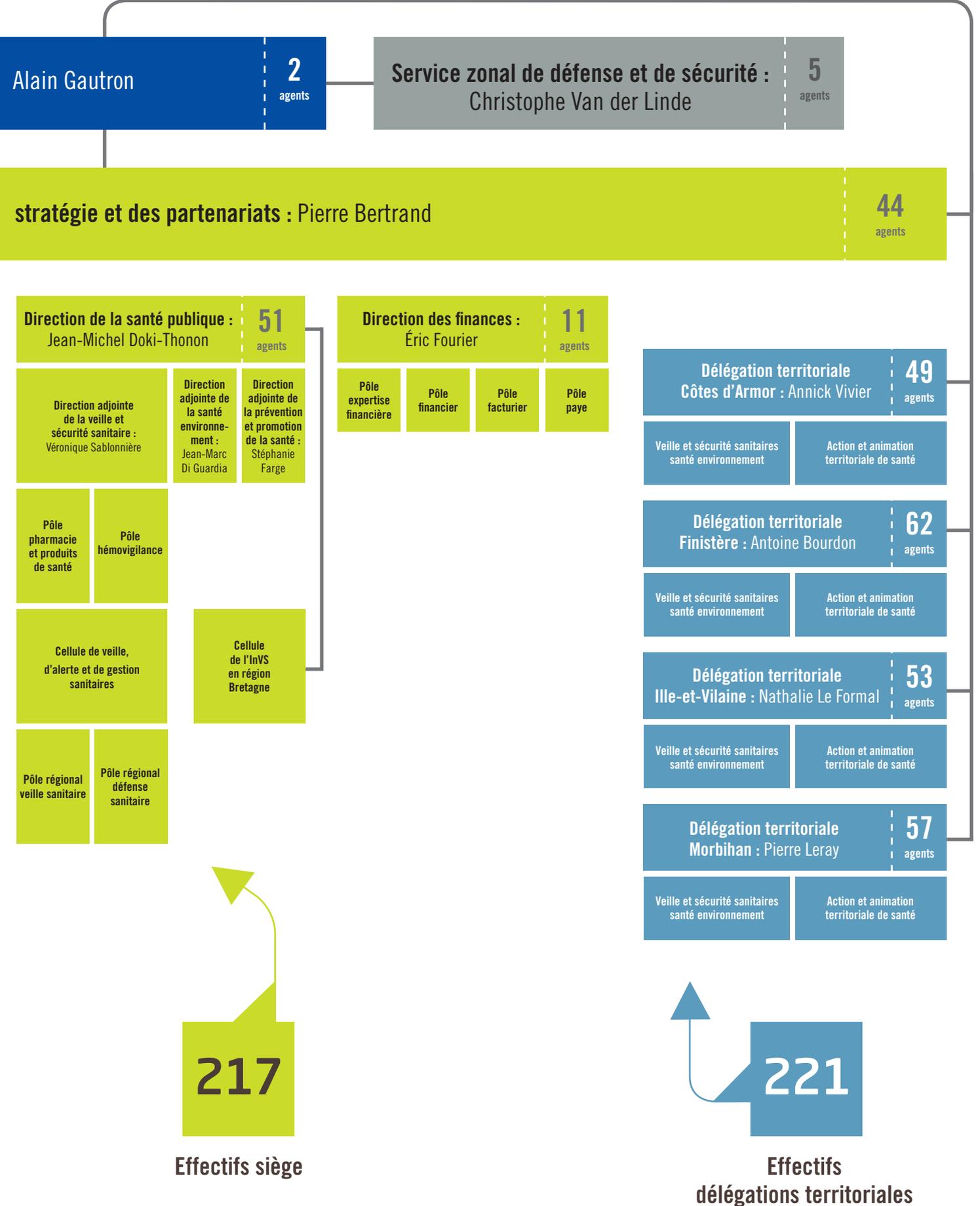
Direction générale adjointe - Direction de la



TABLEAU DES EFFECTIFS AU 31 DÉCEMBRE 2011

	Siège	Délégation Territoriale des Côtes d'Armor	Délégation Territoriale du Finistère	Délégation Territoriale d'Ille-et-Vilaine	Délégation Territoriale du Morbihan	TOTAL
Agents État	136	42	59	47	51	335
Agents Assurance Maladie	71	5	3	5	2	86
Agents mis à disposition	10	2	0	1	4	17
TOTAL	217	49	62	53	57	438

L'ARS Bretagne : le pilote du système de santé en région



LE FAIT MARQUANT

La réorganisation des délégations territoriales

Dans le cadre de la réorganisation générale de l'agence, une réflexion sur le positionnement des délégations territoriales (DT) s'est tenue à partir de juin et s'est traduite par l'élaboration de processus de travail sur 5 activités :

- Les pôles et maisons de santé pluriprofessionnelles ;
- La gestion des réclamations ;
- L'allocation de ressources dans l'offre hospitalière ;
- L'allocation de budget dans l'offre médico sociale ;
- La prévention et promotion de la santé.

Cette réflexion a été menée avec l'aide de l'agence conseil BPI. Les rôles et missions entre les directions métiers et les directions territoriales ont été clarifiés, ainsi que l'articulation entre les directions métiers au sein du siège. Cette nouvelle répartition s'est également accompagnée d'une nouvelle organisation des DT qui s'appuie sur deux départements : **VSS-SE et action et animation territoriale de santé (ATS)**.

Fin 2011, 8 coordonnateurs de territoires ont été nommés, deux par délégations territoriales, pour assurer la transversalité des thématiques sur les territoires de santé :

Jean-Paul Mongeat - Territoire de santé 1 (Brest - Morlaix - Carhaix)

Gwénola Prime-Cotto - Territoire de santé 2 (Quimper - Douarnenez - Pont-l'Abbé)

Martine Galipot - Territoire de santé 3 (Lorient - Quimperlé)

Jean-Jacques Guérin - Territoire de santé 4 (Vannes - Ploërmel - Malestroit)

Corinne Foucault - Territoire de santé 5 (Rennes - Fougères - Vitré - Redon)

Isabelle Gélébart - Territoire de santé 6 (Saint-Malo - Dinan)

Geneviève Bournonville - Territoire de santé 7 (Saint-Brieuc - Guingamp - Lannion)

Marie Gestin - Territoire de santé 8 (Pontivy - Loudéac)

Un dispositif de gouvernance qui s'appuie sur la démocratie sanitaire

La politique régionale de santé de l'ARS Bretagne et sa déclinaison en actions sont le fruit d'une concertation avec tous les acteurs de santé du territoire, qui s'organise à travers différentes instances de la démocratie sanitaire où siègent des représentants des professionnels de santé, des établissements et services sanitaires et médico sociaux, des collectivités locales, de l'État, des usagers.

La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie et ses **4 commissions spécialisées** (droits des usagers du système de santé ; prise en charge et accompagnement médico sociaux ; organisation des soins ; prévention) participent par leurs avis à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé en région.

Les conférences de territoire participent à identifier les besoins locaux et les réponses à ces besoins dans les 8 territoires de santé bretons.

Les deux commissions de coordination des politiques publiques réunissent les services de l'État, les collectivités locales et l'Assurance maladie sur deux domaines : la prévention, la santé scolaire, la santé au travail, la protection maternelle et infantile ; les prises en charge et les accompagnements médico sociaux.

Les orientations de l'agence sont soumises au **Conseil de surveillance**, une instance composée de représentants de l'État, de l'Assurance maladie, des collectivités territoriales, d'usagers et de personnalités qualifiées. Présidé par le Préfet de région, le Conseil de surveillance approuve le budget de l'ARS et émet un avis sur les programmes et plans d'actions stratégiques et sur les résultats de l'ARS Bretagne.

Bilan de la démocratie sanitaire

L'année 2011 a été riche en partenariats avec l'ensemble des acteurs en santé de Bretagne. Plusieurs événements marquants peuvent être mis en lumière :

- L'adoption du fonctionnement de la CRSA qui a été amenée à définir et à approuver, au mois de mars, le règlement intérieur ayant vocation à régir ses activités et à encadrer son existence ;
- La mise en place des conférences de territoire.

Ces deux instances ont participé à la politique régionale de santé.

La CRSA est un lieu d'expression et de proposition qui traite des besoins en santé en région, des réponses à ces besoins et des actions pour améliorer la santé de la population bretonne et développer l'efficacité du dispositif de santé.

À ce titre, elle a pu prendre connaissance du programme régional santé environnement (PRSE). La CRSA et les conférences de territoire ont également donné un avis sur le projet régional de santé en s'appuyant notamment sur les travaux des commissions spécialisées qui ont chacune rendu un avis sur le PRS.

Enfin, la CRSA a organisé des débats publics sur le thème de la recherche clinique dans les quatre départements bretons. Les objectifs : amener les citoyens à comprendre leur rôle dans la recherche clinique, de valoriser les recherches et de mettre en avant la place des usagers dans la recherche clinique. Les retours positifs ont incité la CRSA à pérenniser cette action en 2012 par l'organisation de débat sur l'éducation thérapeutique.

17 novembre 2011
Conférence de territoire n° 2 à Quimper



LE FAIT MARQUANT

2011 : la construction de la stratégie régionale de santé

Élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) et mise à la consultation

L'ÉLABORATION DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ (PSRS)

La première phase de construction du projet régional de santé (PRS) a débuté à l'été 2010 par la définition du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), qui vient définir les orientations stratégiques de la région en matière de santé pour les 5 prochaines années. Celui-ci a été élaboré sur la base d'une analyse générale de la santé en Bretagne, issue de deux rapports finalisés en septembre 2010 : l'un sur l'état de santé des Bretons, l'autre sur un diagnostic de l'offre en santé en Bretagne.

Les premiers mois de l'année 2011 ont donc été consacrés à la finalisation du PSRS, qui a été adopté, après une période de large concertation, par la CRSA et le Conseil de surveillance de l'ARS en mars 2011.

Le PSRS ainsi adopté définit, au vu des constats et problématiques identifiés, les trois priorités suivantes :

- prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement ;
- favoriser l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

Cette première étape du processus achevée, les travaux d'élaboration du PRS se sont poursuivis avec l'élaboration des trois schémas régionaux d'organisation de l'offre en santé et des programmes.

L'ÉLABORATION DES SCHÉMAS ET DES PROGRAMMES

Les travaux d'élaboration des schémas et des programmes se sont déroulés de février à octobre 2011. Les trois schémas régionaux viennent décliner les priorités du PSRS dans les domaines de la prévention, de l'organisation des soins et de l'organisation médico sociale. Ils sont destinés à organiser l'offre de services de santé et à améliorer la qualité des prestations de santé. Une organisation spécifique a été mise en place pour coordonner et optimiser les travaux préparatoires à leur élaboration. En effet, chaque thématique a donné lieu à la désignation d'un ou plusieurs coordonnateurs parmi les agents du siège et/ou des délégations territoriales de l'ARS. Afin d'élaborer leur volet thématique, ces coordonnateurs ont travaillé avec une instance professionnelle de concertation (IPC), composée d'experts, d'institutionnels ainsi que d'un à deux représentants d'une association d'usagers.

Ces schémas ont fait l'objet d'une première phase de concertation "informelle" à l'été 2011, qui a permis de les enrichir, voire, le cas échéant, de les amender au vu des remontées des acteurs de terrain. Dans le même temps, des comités de pilotage ont été constitués pour élaborer les divers programmes composant le PRS :

- le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR) ;
- le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
- le programme de développement de la télémédecine et des systèmes d'information partagés ;
- le programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) ;
- le programme médicament et infections associées aux soins ;
- un programme sur les professions de santé ;
- les trames des 8 programmes territoriaux de santé (PTS).

LANCEMENT DE LA CONCERTATION

La concertation sur le PRS a été lancée le 4 novembre 2011. En effet, le cadre réglementaire prévoit que le PRS est soumis pour avis à la CRSA, au Préfet de région, aux Conseils généraux ainsi qu'au Conseil régional. Dans ce cadre, le directeur général de l'ARS a souhaité que cette concertation ne se limite pas aux institutions précitées, mais soit élargie à l'ensemble des acteurs du système de santé qui ont pu émettre leur avis et recommandations. Pour une bonne partie d'entre elles, elles ont été intégrées au document final arrêté en mars 2012.

LES GRANDES ORIENTATIONS DES SCHÉMAS

- La prise en charge du patient au plus proche du domicile ;
- La réponse aux situations d'urgences ;
- La gradation des plateaux techniques ;
- La prise en charge des personnes âgées ;
- l'accompagnement des personnes handicapées ;
- La promotion de la santé mentale et la prise en charge des personnes atteintes de trouble ou de handicap psychique ;
- l'organisation de la prévention et la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives ;
- La veille et la gestion des urgences sanitaires.

“ L'élaboration du PRS est une première en termes de mobilisation des acteurs à l'échelle régionale, sur une durée de presque 2 ans. Faire coïncider respect du principe de démocratie sanitaire et élaboration du PRS dans un délai contraint n'a pas toujours été chose facile, en raison de l'ampleur et de la technicité des travaux engagés. Pour y remédier, l'ARS a donc élaboré une synthèse du PRS et s'est déplacée dans les territoires afin de présenter ses principaux enjeux, objectifs et plans d'actions, permettant ainsi l'adoption d'un projet concerté et partagé. ”

Chloé Bateau
Responsable du Pôle animation territoriale et PRS

EN BREF

Dans le cadre du PRS, un atlas a été réalisé. Il présente 91 cartes sur les thèmes du PRS et sera mis à jour en 2012.

Un tableau de bord de suivi du PRS comportant 700 indicateurs a été réalisé et alimenté des données de 2006 à 2010.

LES DATES CLÉS DU PRS

Mars 2011 : adoption du PSRS par la CRSA et le Conseil de surveillance

Février à octobre 2011 : travaux d'élaboration des schémas et des programmes

4 novembre 2011 : lancement de la période de concertation sur le PRS

Novembre - décembre 2011 : présentation du PRS aux conférences de territoire, au CISS, au CESER, etc.

L'ARS Bretagne, 4 missions santé

1 / La prévention, promotion et l'éducation pour la santé

Protéger les populations contre les maladies et leurs causes constitue une priorité de l'ARS. En favorisant le développement des actions de prévention individuelle et collective, l'ARS Bretagne contribue à diminuer la mortalité évitable résultant de comportements et de situations à risques. Les actions et programmes de prévention reposent sur la promotion de la santé (donner aux personnes les moyens d'agir sur leur santé pour la préserver et l'améliorer), l'éducation pour la santé (développer les connaissances) et la prévention (éviter pour un individu ou une collectivité la survenue ou l'aggravation d'un problème de santé). Une palette d'interventions désormais sous la responsabilité de l'ARS Bretagne.

Soutenir les actions et dispositifs en matière de santé publique

Comme chaque année, les priorités de l'ARS en matière de santé publique se sont traduites par le financement d'actions et de dispositifs :

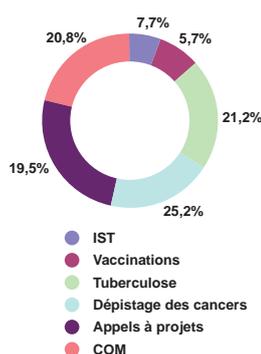
- les centres de lutte contre la tuberculose ;
- les centres de dépistage du VIH et des IST ;
- les centres de vaccination ;
- les associations qui gèrent les campagnes de dépistage organisées des cancers du sein et cancer colorectal ;
- des actions de promotion et d'éducation pour la santé notamment en matière de prévention des conduites addictives et de prévention du suicide réparties sur l'ensemble du territoire régional.

Les opérateurs les plus importants se sont vus proposer un contrat d'objectifs et de moyens afin de sécuriser leurs financements.

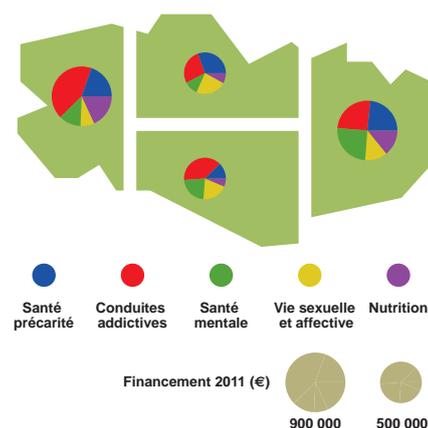
UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION SUR UN DISPOSITIF TERRITORIAL PORTEUR POUR LA PPS

En 2011, l'ARS a également, en partenariat avec le Conseil régional, lancé et financé une évaluation du dispositif d'animation territoriale de santé en place dans 8 pays et une ville afin d'analyser les ajustements nécessaires au nouveau contexte créé par la loi HPST : articulation avec les territoires de santé, les CLS, les ateliers santé-ville, les maisons de santé pluriprofessionnelles... Les recommandations de cette démarche seront appliquées en 2012.

Répartition des dépenses d'actions de prévention et promotion de la santé en 2011



Financements accordés par département pour les 5 principales thématiques



LE FAIT MARQUANT

L'élaboration du schéma régional de prévention : un chantier structurant

Dans le secteur de la prévention promotion de la santé, à la différence des secteurs médico social et sanitaire, l'élaboration d'un schéma (SRP) dans le cadre du Projet Régional de Santé a été une démarche nouvelle. Une occasion d'avoir une vision géographique et prospective de l'organisation des services et des actions, des coopérations et des financements et de développer une offre de prévention, promotion santé (PPS) appliquée à des priorités de santé publique identifiées dans la région.

Deux orientations structurent le schéma :

- un plan d'action global qui vise à promouvoir la PPS, à améliorer la coordination des acteurs, à renforcer la professionnalisation des opérateurs et à consolider les modes de financement des actions et des structures ;
- des plans d'actions thématiques sur les priorités de santé publiques prioritaires dans la région, qui doivent contribuer à promouvoir des comportements favorables à la santé afin de prévenir les atteintes prématurées à la santé.

Ces thématiques sont au nombre de six :

- La prévention des conduites addictives ;
- La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide ;
- La santé/précarité ;
- La nutrition et l'activité physique ;
- La vie affective et sexuelle ;
- La santé/environnement.

Compte tenu de l'enjeu que représente l'amélioration des inégalités de santé, un programme spécifique, le Programme Régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) est consacré à ce thème, afin d'identifier les actions spécifiquement orientées vers les publics les plus précaires.



28 juillet

Déplacement à Carnac, de Nora Berra secrétaire d'État à la Santé, sur la prévention des méfaits du soleil

ZOOM SUR

Les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

L'Éducation thérapeutique du patient inscrite dans le code de santé publique par la loi du 21/07/2009 vise à "améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage en le rendant plus autonome dans son parcours de santé". Les programmes d'Éducation thérapeutique du patient font désormais l'objet d'une autorisation par les agences régionales de santé.

En 2011, sur 226 programmes présentés, 199 autorisations ont été accordées et concernent en priorité les maladies cardiovasculaires et le diabète. Ces 2 pathologies représentent à elles seules environ 40 % des programmes autorisés. Les maladies respiratoires représentent 15 %. Les programmes sont portés, pour environ 90 %, par les structures hospitalières et, pour 10 %, par les structures ambulatoires dont les réseaux de santé.

En 2011, l'ARS a participé au financement des activités d'Éducation thérapeutique mises en œuvre dans les établissements hospitaliers à hauteur de 2 052 969 € par le biais de la dotation relevant de la MIG.

En ambulatoire, 13 programmes développés par les réseaux de santé ont été financés dans le cadre de leur activité globale sur le FIQSV (Fonds d'Interventions pour la Qualité et la Coordination des Soins).



En Bretagne les maladies cardiovasculaires sont les premières causes d'admission en longue durée. Comment vivre de manière optimale avec sa maladie ? Comment maintenir et optimiser sa qualité de vie ? L'ETP a pour objectif d'aider le patient à répondre à ses questions. C'est en diabétologie que l'ETP a été intégrée le plus tôt dans le parcours de soins du patient.

Jacqueline Hellier
Chargée de mission prévention



EN BREF

Dans le cadre de la lutte contre les addictions, l'ARS a également financé et co-organisé les 17 et 18 novembre 2011 un colloque national sur les nouveaux phénomènes de fêtes urbaines et les risques sanitaires qui y sont associées. Il s'est tenu à Rennes et a rassemblé 350 personnes.

Pour la première fois en 2011, l'ARS s'est mobilisée du 26 avril au 3 mai pour la semaine européenne de la vaccination en association avec les partenaires et relais institutionnels intervenant dans le champ de la prévention. La vaccination contre la rougeole en a été le thème.

Une enquête auprès des 19 équipes de soins et de liaison en addictologie dans les établissements de santé de la région a été réalisée, l'analyse est prévue en 2012.



La Bretagne a été confrontée comme le reste de la France à une importante épidémie de rougeole : 115 cas déclarés lors des 4 premiers mois de 2011. Pour contenir ce virus, particulièrement contagieux, il faut atteindre l'objectif de 95 % des personnes de 2 à 32 ans vaccinées par 2 doses de vaccin contre la rougeole. La semaine régionale de la vaccination organisée en 2011 a été l'occasion de rappeler que la vaccination c'est tout au long de la vie et qu'il est important de faire le point régulièrement avec son médecin traitant ou dans un des centres de vaccinations publics et gratuits qui existent dans 10 villes en Bretagne.

Docteur Dominique Le Goff
Médecin inspecteur santé publique à la délégation territoriale 29 et référent régional vaccination



2 / La régulation de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière et de l'offre de service médico sociale

L'ARS Bretagne régule l'offre de soins et de services dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico social. À travers cette mission, elle veille plus particulièrement à réduire les inégalités sociales et territoriales, cherche à assurer un meilleur accès aux soins et favorise une gestion efficiente des dépenses de santé.

Accompagner les projets de maisons et pôle de santé pluriprofessionnels

19 NOUVEAUX PROJETS ONT BÉNÉFICIÉ D'UNE AIDE MÉTHODOLOGIQUE

Les travaux liés à l'accompagnement des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels se sont poursuivis en 2011. 88 rencontres locales pour 55 sites différents accompagnés se sont tenues avec les professionnels de santé et/ou les élus et ont associé également les délégations territoriales. Cet accompagnement de l'ARS sur les territoires a permis d'inscrire 19 nouveaux sites dans la démarche d'élaboration d'un projet de santé. De plus, deux projets ayant bénéficié d'un financement en 2010 ont reçu une aide complémentaire afin d'étendre leur démarche aux communes avoisinantes.

5 PROJETS ONT BÉNÉFICIÉ D'UNE AIDE FINANCIÈRE POUR L'INVESTISSEMENT

Le comité de sélection des MSP co-présidé par le Directeur général de l'ARS et le Préfet de région s'est tenu le 26 septembre 2011. À l'issue de ce comité, 5 projets ont bénéficié d'une aide financière pour l'investissement (Fonds National pour l'Aménagement et le Développement du Territoire).

“ Les projets accompagnés par l'ARS sont en constante augmentation puisqu'ils sont passés de 8 à 19 entre 2010 et 2011. Le nombre de projets devrait continuer à croître s'agissant d'une priorité nationale. De plus, face à la pression démographique, les collectivités territoriales se positionnent sur ce sujet en appui des professionnels de santé et font converger leurs moyens pour que les projets aboutissent plus rapidement.

Néanmoins, cela reste une entreprise au long cours, il faut en moyenne 3 ans pour mettre en place un projet de santé élaboré autour d'un exercice pluriprofessionnel coordonné, ce qui reste un des leviers permettant de rendre le territoire attractif pour de jeunes médecins.

Magalie Prigent

Chargée de mission offre de soins ambulatoire

”



Développement des systèmes d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Le système d'information doit servir à la mise en œuvre du projet de santé en répondant aux besoins des professionnels de santé dans leur exercice. Avant de rechercher une solution technique, il importe de mener une réflexion sur la solution informatique adaptée à l'organisation mise en œuvre. En 2011, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) E-santé et la Fédération Régionale des Maisons de Santé Pluridisciplinaires ont été mandatés par l'ARS pour :

- identifier les besoins des professionnels de santé en termes d'échanges et de partage d'informations ;
 - traduire les attentes des professionnels de santé en langage informatique.
- Consécutif à ces travaux, un cahier des charges sera remis à l'ARS en 2012.



Promouvoir les groupes qualité en médecine générale

420 MÉDECINS GÉNÉRALISTES PARTICIPENT AUX GROUPES QUALITÉ

Les groupes qualité s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles. Ils sont soutenus conjointement par l'Assurance maladie, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux et l'ARS. À travers ces groupes d'échanges de pratique entre médecins généralistes, il s'agit d'optimiser la qualité des soins et d'obtenir une efficacité des prescriptions.

En 2011, 420 médecins (soit près de 15 % des médecins généralistes libéraux bretons) répartis sur 35 groupes qualité participent à la démarche en Bretagne. L'année a également été marquée par des évolutions dans le pilotage du projet. Une nouvelle convention de partenariat a été signée le 23 novembre 2011 associant l'ARS, l'Assurance maladie, l'association porteuse du projet (APIMED) et l'URPS Médecins.

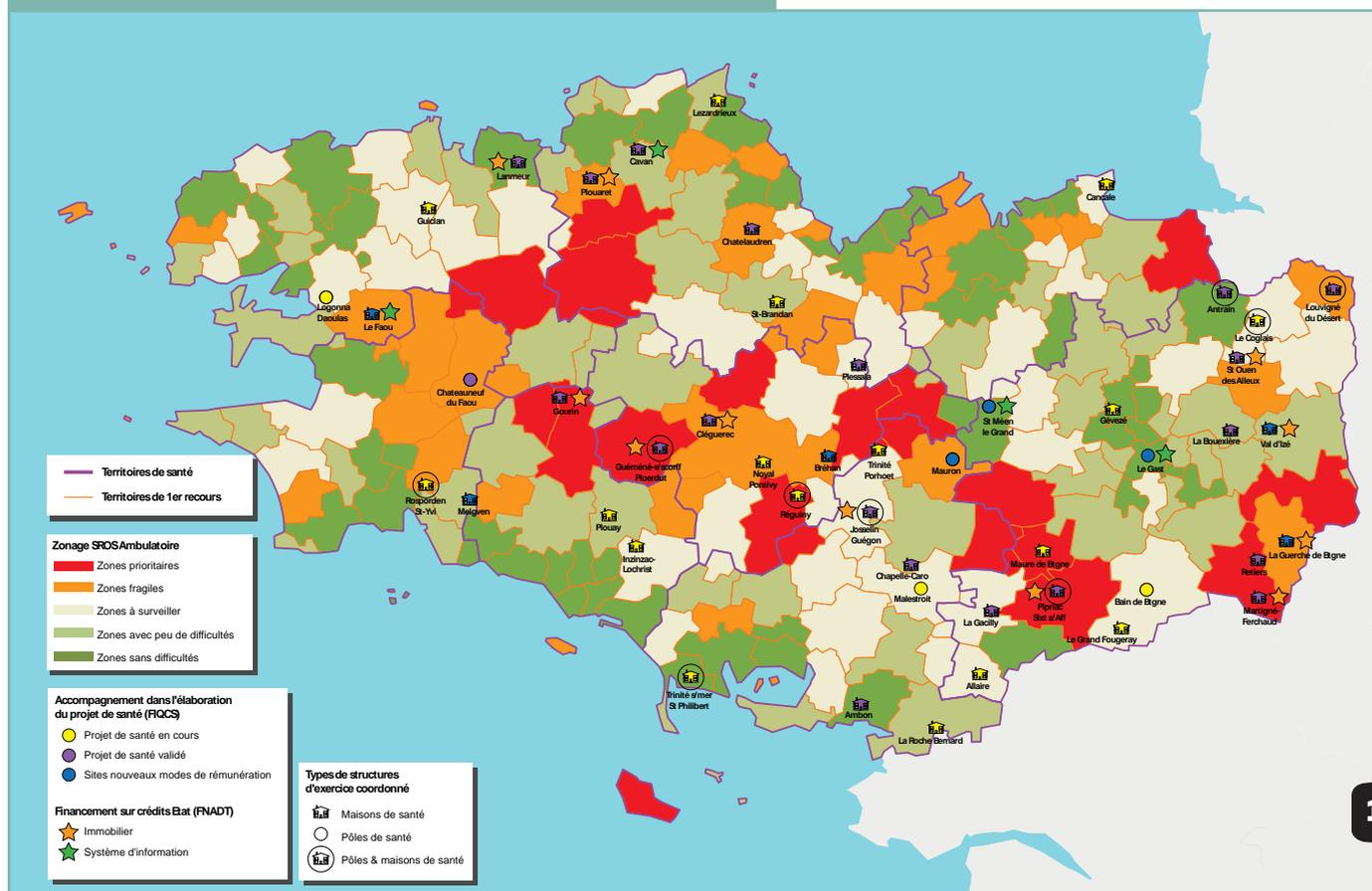


Les groupes qualité sont avant tout un moyen pour les médecins de rompre leur isolement, notamment pour ceux exerçant dans une zone fragile en terme de démographie médicale. Ces rencontres leur permettent de développer une démarche réflexive sur leur pratique pour aboutir à une meilleure prise en charge de leurs patients. L'engagement de l'ARS dans la nouvelle convention de partenariat avec les professionnels de santé et l'Assurance maladie permettra de renforcer le dispositif et conforter le développement des groupes qualité en Bretagne.



Arnaud Ganne
Chargé de mission offre de soins ambulatoire

Accompagnement des projets d'exercice coordonné en Bretagne - Année 2011



Accompagner financièrement les réseaux de santé

44 RÉSEAUX DE SANTÉ FINANCÉS

En 2011, la recherche d'une meilleure adéquation entre l'activité des réseaux de santé et leurs sources de financement a été poursuivie. À noter la fusion des réseaux diabète et insuffisance cardiaque à Lorient en avril 2011. Au total, 44 réseaux de santé ont été financés par la dotation FIQCS 2011 (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) :

- Soins palliatifs : 8
- Personnes âgées : 7
- Cancérologie : 7
- Enfants et adolescents : 5
- Diabète : 4
- Périnatalité : 4
- Maladies chroniques : 3
- Handicap : 2
- Autres : 2.

13 RÉSEAUX DE SANTÉ ÉVALUÉS EN 2011

Suite à l'évaluation des 13 réseaux, 11 avis ont été favorables pour la poursuite de financement et 2 réseaux ont fait l'objet d'une décision transitoire de reconduction. Dans les deux cas, une démarche de mutualisation est à rechercher. En 2011, la méthodologie d'évaluation a fait l'objet d'un travail conjoint avec les représentants de l'Union des Réseaux de Santé Bretons en vue de faciliter la démarche d'auto-évaluation et d'améliorer la pertinence des rapports triennaux (approche par thématique des indicateurs de qualité et de résultat). La mise en œuvre de cette nouvelle évaluation est prévue courant 2012.



“ L'ARS a demandé aux réseaux de santé d'être davantage en appui au médecin traitant dans le cadre d'une prise en charge de proximité complexe. Les réseaux de santé s'inscrivent bien dans les missions des ARS à savoir la transversalité et la coordination.

Sylvain Pleyber - Chargé de mission réseaux de santé et systèmes d'information



Organiser la permanence des soins ambulatoire

19 MAISONS MÉDICALES DE GARDES (MMG) FINANCÉES

19 MMG ont été financées en Bretagne en 2011 dont une création dans le Finistère sur le territoire de Pont-l'Abbé. Il s'agit de la première MMG finistérienne financée par le FIQCS.

L'ARS a par ailleurs poursuivi le financement des deux expérimentations conduites avec les infirmiers de l'île Molène et les masseurs kinésithérapeutes de Brest ainsi que le financement des 4 associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS). Le montant total des financements alloués aux dispositifs de permanence des soins ambulatoire sur le FIQCS s'élève pour 2011 à 959 750 €.

LE FAIT MARQUANT

Organiser la permanence des soins en médecine générale ambulatoire (PDSA) Élaboration du premier cahier des charges régional

L'année 2011 a été marquée par l'élaboration du cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. 20 réunions se sont tenues avec les groupes de travail au niveau départemental et régional composés d'une trentaine d'acteurs : ADOPS, CDOM, CROM (Conseils régional et départementaux de l'ordre des médecins), SOS Médecins, URPS Médecins, pharmaciens, représentant médical des établissements siège de SAMU, représentants des Maisons Médicales de Gardes, EHPAD, HAD (Hospitalisation à Domicile), des usagers et des transporteurs sanitaires. Après une phase d'élaboration de l'état des lieux de la PDSA en région Bretagne, les groupes de travail ont défini trois priorités :

- consolider l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- conforter le dispositif de régulation : clef de voûte du système ;
- rendre le système lisible pour les acteurs institutionnels et les usagers.

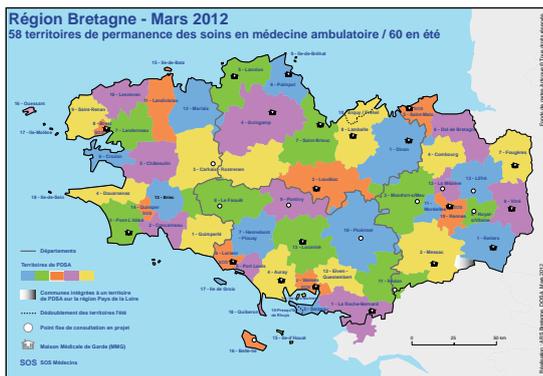
Ils ont travaillé à :

- la redéfinition de la sectorisation en cohérence avec les territoires de 1^{er} recours ;
- l'organisation du dispositif efficient de la PDSA dans chacun des quatre départements bretons ;
- La détermination des modalités de rémunération dans la limite de l'enveloppe régionale.

À l'issue de ces travaux, le cahier des charges a été soumis, conformément aux textes, fin octobre à la consultation auprès des différentes instances : CSOS, CODAMUPSTS de chaque département, URPS Médecins ainsi que les Préfets et les CDOM de chaque département. Cette 1^{ère} version du cahier des charges a reçu un avis favorable des instances avec quelques demandes d'amendements sur les modalités d'organisation propres aux départements. Fin 2011, les 4 CODAMUPS TS se sont réunis afin d'émettre notamment un avis sur la déclinaison départementale du cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire.

Au total, sept grands principes ont été retenus en région Bretagne :

1. Une mission de service public assurée par des médecins volontaires ;
2. Une couverture totale des horaires de la PDSA (y compris en nuit profonde de minuit à 8 heures) ;
3. Un dispositif de PDSA qui repose sur une **régulation médicale préalable** (renforcement du nombre de régulateur et mutualisation en nuit profonde) ;
4. Un dispositif fondé sur de **nouveaux territoires de PDSA** (réduction du nombre de secteurs de 140 à **58 territoires** : 60 en été) ;
5. **Des consultations assurées** par le médecin de garde soit sur des points fixes de consultation, soit au sein de cabinet ;
6. **Des visites incompressibles** assurées par des effecteurs mobiles en nuit profonde (sur les territoires ruraux : 2 effecteurs par département et sur les territoires urbains : SOS Médecins) ;
7. **Le respect de l'enveloppe régionale : 7 571 288 €.**



Un nouveau découpage des territoires permanence des soins travaillé avec les acteurs de santé



“ Un an a été nécessaire pour élaborer le cahier des charges régional de la PDSA. La participation des acteurs de santé a été durant toute cette période très forte. Au final, les acteurs ont souhaité porter le maintien de la permanence des soins sur la totalité de la nuit et du week-end. Ainsi, sur tous les horaires de la PDSA, y compris en nuit profonde de minuit à 8 heures, que le territoire soit rural, urbain ou insulaire, le médecin généraliste de garde pourra répondre aux besoins de soins de l'usager. ”

Julie Longy - Chargée de mission, permanence des soins ambulatoire et transport privé

Expérimenter des nouveaux modes de rémunérations (ENMR)

9 SITES BRETONS EXPÉRIMENTATEURS.

Suite au second appel à projets lancé fin 2010, 5 nouveaux sites bretons sont entrés dans l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération :

- le pôle de santé de Le Faou (29) ;
- le pôle de santé pluridisciplinaire du territoire de Saint-Méen-le-Grand (35) ;
- La maison de Santé Pluridisciplinaire de Rennes Le Gast (35) ;
- le pôle de santé de Brocéliande à Mauron (56) ;
- le pôle de santé de La Roche Bernard (56).

Tous les sites sont positionnés sur le module 1 de l'expérimentation (le mode d'exercice coordonné), à l'exception du pôle de santé de Saint-Méen-le-Grand qui a également choisi le module 2 relatif à l'éducation thérapeutique du patient sur le thème du diabète. **Le budget total des dotations ENMR est passé de 205 190 € en 2010 pour 4 sites à 406 126 € en 2011 pour 8 sites** (la dotation du site de La Roche-Bernard sera versée en 2012).

Une évaluation du dispositif a été lancée via l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé). Résultats attendus en 2012.



“ L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération bénéficie à 47 000 patients bretons et implique 196 professionnels de santé issus d'une dizaine de spécialités. Elle se déroule jusqu'à fin 2013 et permettra de savoir si dans le cadre d'un exercice coordonné des soins, une alternative au paiement à l'acte est possible. Dans l'affirmative, il s'agira d'identifier pour quel type de structures, regroupant quels professionnels de santé, le dispositif est le mieux adapté. ”

Sophie Péchillon

Chargée de mission gestion du risque et Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

EN CHIFFRES

Financer des projets via le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins)

Dans le cadre des orientations nationales et selon une politique régionale s'inscrivant dans la continuité, le FIQCS a permis de financer **105 projets sur l'ensemble du territoire breton en 2011** pour un montant de **10 969 641 €** répartis en six domaines :

- **La permanence des soins**, avec le soutien financier de 19 maisons médicales de garde (510 500 €), des 4 associations départementales de régulation libérale (342 250 €), de deux projets spécifiques concernant la permanence des soins infirmiers sur Molène et en kinésithérapie sur l'agglomération Brestoise (107 000 €) ;
- **La qualité des soins** avec la poursuite du financement des Groupes qualité en médecine générale (384 900 €) ;
- **L'organisation des soins de ville** avec l'accompagnement pour l'élaboration d'un projet de santé de 25 maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé (250 900 €), dont 18 nouveaux projets en 2011 ;
- **La coordination ville/hôpital** avec le financement de 44 réseaux de santé (8 974 591 €) ;
- **Des projets plus spécifiques et/ou localisés** tels que des consultations mémoire en libéral, deux coordinations gérontologiques, un séminaire étudiant sur la pluridisciplinarité ainsi qu'un projet de développement de la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève en région Bretagne ;
- **Le système d'information** pour la mise en place d'un cahier des charges sur les systèmes d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels.

Répartir les activités de soins et les équipements lourds des établissements Bretons

Le processus de gestion des autorisations est géré en collaboration avec les délégations territoriales. Plus de 1700 autorisations (activité de soins et équipements lourds) sont suivies par l'ARS. En 2011, 57 nouvelles autorisations, 52 renouvellements et 6 caducités ont été traitées.

Piloter la gestion du risque (GDR)

La loi HPST a confié aux ARS la mission de piloter en région la gestion du risque (GDR) dont le programme pluriannuel est préparé et mis en œuvre avec l'Assurance maladie. Le PPRGDR, inclus dans le PRS, comprend à la fois les programmes nationaux de GDR de l'Assurance maladie et les priorités de gestion du risque de l'ARS. Parmi les 10 programmes mis en œuvre en 2011, à noter plus particulièrement sur :

- La priorité imagerie médicale, l'élaboration d'un bilan relatif à l'analyse de l'offre IRM et propositions de projections d'implantation en région Bretagne ;
- La priorité insuffisance rénale chronique (IRC), la réalisation d'un diagnostic régional ;
- La priorité Soins de Suite et de Réadaptations (SSR), la mise sous accord préalable de 5 établissements pour 4 gestes marqueurs (prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou, ligamentoplastie du genou, coiffe des rotateurs) ;
- les deux priorités EHPAD, le suivi du déploiement des contrats de professionnels libéraux (médecins généralistes et masseurs kinésithérapeutes) dans les EHPAD et organisation d'une réunion régionale le 18 octobre 2011 sur le thème de la nutrition.

EN BREF

Réalisation de fiches territoire sur l'offre de soins de premier recours qui présentent des données démographiques sur les bénéficiaires de soins et sur l'offre de soins libérale pour les principaux zonages (pays, cantons, territoires de santé...).

Création de la base de données des professionnels de santé DEMOPS. Cette base fusionne les données de différentes sources : ADELI, FNPS, SIGMED enrichi et l'annuaire du CNOM. L'objectif : disposer d'une base comportant l'ensemble des professionnels de santé.

“ L'esprit de la GDR réside dans la capacité à accompagner nos interlocuteurs vers une optimisation des dépenses et une amélioration de la qualité des soins. Cela peut prendre la forme de conseils aux établissements sur l'optimisation de leur organisation. Ce travail est mené dans le même esprit par l'Assurance maladie et l'ARS à travers la réalisation d'actions complémentaires.

Par exemple, sur la radiologie, l'ARS est chargée d'organiser la répartition des IRM en remplacement des scanners ; parallèlement, les délégués de l'Assurance maladie rencontrent les médecins libéraux afin de les sensibiliser à une meilleure prescription.

Sophie Péchillon

Chargée de mission gestion du risque et Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

LE FAIT MARQUANT

La chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une priorité nationale et l'un des 10 programmes prioritaires de la gestion du risque. Définie comme de l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, la chirurgie ambulatoire constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins.

En termes de qualité des soins, elle permet une diminution des phlébites, des infections liées aux soins, une reprise plus précoce de l'activité professionnelle. En 2011, un état des lieux a été réalisé et a montré, entre autres, que l'activité ambulatoire en Bretagne représentait 36,2 % de l'activité chirurgicale pour les séjours avec acte opératoire. Un taux inférieur de 1,6 point par rapport aux résultats nationaux (37,8 %). Afin de développer ce mode de prise en charge, **deux appels à projets ont été lancés auprès des établissements de santé**, concernant notamment :

- le développement quantitatif et qualitatif de la chirurgie ambulatoire ;
- le développement de pratiques innovantes.



Dr Françoise Durandière, conseillère technique médicale à l'ARS répond aux médias lors d'une conférence de presse sur la chirurgie ambulatoire

“ La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge centré sur le patient : plus grande vigilance des équipes, prise en charge de la douleur et prévention des nausées et des vomissements. De plus, elle offre au patient le confort d'un retour à domicile le jour même de son hospitalisation. Suite aux appels à projets lancés par l'ARS, 9 établissements publics et privés ont été retenus dans le cadre d'un intéressement au développement quantitatif et qualitatif de la chirurgie ambulatoire (100 000 € par établissement) ; 5 projets innovants ont également été retenus pour le développement de pratiques quasi inexistantes en ambulatoire (ex. : le CHU de Rennes pour la chirurgie de l'épaule) et l'hôpital privé Sévigné a été identifié Centre régional de formation pour le traitement chirurgical des hernies inguinales en ambulatoire. ”

Marie Guéguen, chargée de mission contractualisation et Dr Françoise Durandière, conseillère technique médicale

LE FAIT MARQUANT

Les visites de conformité en cancérologie

Délivrées en 2009, **les 165 autorisations de traitement du cancer de 38 établissements bretons ont fait l'objet en 2011 de visites de conformité** sur site afin d'examiner le respect des conditions réglementaires d'exercice. Elles ont mobilisé 11 médecins et 9 inspecteurs pendant un total de 65 jours. À l'issue de ces visites :

- pour 19 % des établissements, il n'y a pas eu d'observations relevées ou les observations relevées sont jugées mineures ;
- 47 % ont fait l'objet de réserves, à lever dans un délai fixé entre 2 et 6 mois ;
- 34 % des structures ont présenté des points de non-conformité majeurs. Pour certains d'entre eux des procédures de retrait d'autorisation ont été engagées (cas de non-atteinte des seuils minima d'activité).

D'une manière générale, au cours des dernières années, une amélioration très nette de la qualité des prises en charge des patients en cancérologie a été observée, tout particulièrement dans les établissements ayant une activité importante dans ce domaine. Restent des points à travailler avec les établissements par des actions régionales (ex : élaboration d'un programme personnalisé de soins opérationnel).

“ La Bretagne compte environ 18 000 nouveaux cas de cancer par an. Les établissements se sont beaucoup améliorés ces dernières années sur la mise en œuvre du dispositif d'annonce de la maladie au patient et les médecins travaillent systématiquement en pluridisciplinarité (chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, imageurs...) pour décider du traitement le mieux adapté à chaque patient.

La mise en place du pôle régional de cancérologie entre les CHU de Rennes et Brest et le Centre Eugène Marquis devrait permettre d'améliorer l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques.

Christine Brunet
Médecin inspecteur à la direction adjointe de l'offre hospitalière

Faire le bilan des contrats pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de chaque établissement

L'année 2011 a été marquée par la tenue de la dernière campagne des revues annuelles de CPOM : **119 réunions avec 126 établissements**. Ces réunions organisées par les directions territoriales et le siège ont permis de faire le point sur :

- l'évolution de leur activité, de leur situation financière ;

- l'exécution des orientations stratégiques inscrites au CPOM de chaque établissement, ainsi que le bilan de leur CPOM pour les établissements dont le contrat arrivait à échéance ;

- les faits marquants de l'année pour chaque établissement, dans le contexte des besoins du territoire de santé, de la démographie des professionnels de santé ;

- La projection des actions prioritaires à mettre en œuvre en 2012.

À l'issue de la campagne, les Directions territoriales ont priorisé par territoire de santé les éléments à prendre en compte pour préparer la campagne budgétaire 2012 et définir les bases de la nouvelle contractualisation à partir de 2012.

“ Les CPOM 2012-2016 des établissements seront élaborés en déclinaison des priorités du Projet Régional de Santé et des programmes territoriaux de santé. Les revues annuelles de contrats sont un vrai temps d'échange avec l'établissement : les questionnements, les difficultés sont abordés mais aussi les actions qui fonctionnent. Les délégations territoriales de l'ARS jouent un rôle primordial d'interlocuteur de proximité au travers du contact et de la connaissance du terrain. ”

Luc Boisseau - Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

LE FAIT MARQUANT

Bilan des contrats de bon usage du médicament des produits et prestations (CBUM).

L'année 2011 était la dernière année des CBUM conclus en 2006. Ces contrats d'une durée de 5 ans lient l'ARS et les 57 établissements de santé Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et Hospitalisation A Domicile (HAD) sur des engagements de qualité, sécurité du circuit du médicament et régulation des molécules et dispositifs médicaux implantables onéreux. Une évaluation a été réalisée et fait apparaître :

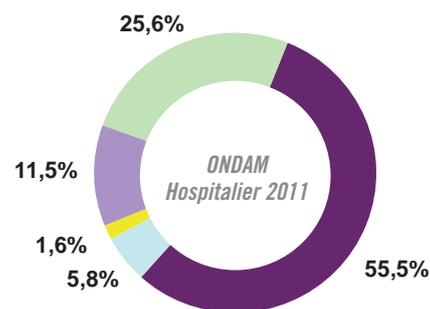
- le renforcement du pilotage de la politique sur le médicament dans les établissements et son intégration dans les processus globaux de démarches qualités ;
- l'extension des pratiques pluridisciplinaires, notamment en cancérologie ;
- le développement des systèmes d'information conduisant à une harmonisation des pratiques ;
- l'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament, au travers de démarches de gestion des risques a priori et a posteriori et la maîtrise des dépenses des molécules et dispositifs médicaux des listes en sus qui se sont élevées en 2011 à + 1,4 %.

Les nouveaux CBUM après une phase de prorogation d'un an prendront effet au 1^{er} janvier 2013.



Répartir et suivre les budgets alloués aux établissements

L'ARS coordonne la campagne d'allocation des dotations annuelles des établissements, assure le suivi des enveloppes régionales et anime l'instruction des projets budgétaires et financiers des établissements. Au titre de l'ONDAM et en complément aux ressources liées à l'activité des établissements (tarifs, forfaits annuels, molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables), **les dotations hospitalières 2011 ont représenté, pour un montant global de 1 207 M€** (en progression de 2,37 % par rapport à l'exercice précédent), **environ 37 % des financements hospitaliers servis par l'Assurance maladie à destination des établissements de santé bretons** (pour un montant global de plus de 3 260 M€).



■ Hors MCO
■ MCO MIGAC
■ MCO Champ dispositif tarifaire forfait annuel
■ MCO Champ dispositif tarifaire Listes en sus (DMI, MO)
■ MCO Champ dispositif tarifaire Tarifs (GHS, soins externes)

Accompagner le développement de la télémédecine et des systèmes d'informations partagés

En 2011, l'agence a poursuivi et développé les actions mises en œuvre en 2010 de la politique régionale initiée en la matière par l'ARH. C'est à ce titre que l'ARS a installé le comité d'orientation régional des SIP et de la télémédecine dans le cadre de l'élaboration du PRS et de son programme télémédecine et systèmes d'information partagés.

Son engagement s'est également traduit par la **structuration de la gouvernance régionale de l'espace numérique régional de santé avec le renforcement de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle (GCS Esanté Bretagne) auprès de laquelle** elle a financé des chefs projets régionaux supplémentaires (chef de projet médical, chef de projet télémédecine et chef de projet Dossier Médical Personnel), finalisé le programme Émergence et formalisé son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de l'adapter aux nouveaux enjeux de l'espace numérique régional de santé.

Par ailleurs, elle a contribué à la mise en œuvre de projets régionaux très structurants, tels que :

- le lancement de l'appel à projets ARS relatif au développement d'outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins ;
- La poursuite du projet sécurité avec la formalisation d'une démarche globale de management de la sécurité des systèmes d'information dans les établissements de santé ;

- La finalisation de l'étude prospective pour la modernisation du système d'information des HAD ;
- La poursuite du raccordement des établissements de santé bretons au réseau régional à très haut débit BIPS (36 établissements supplémentaires (soit 139 sites déployés) et le lancement du projet RUBIS (Réseau breton d'imagerie en santé) soit 26 sites déployés ;
- La poursuite du projet RPU (collecte de résumé de passages aux urgences) dans le cadre de la constitution de l'ORU (observatoire régional des urgences) et le lancement du projet de migration des 4 SAMU vers le système de radiocommunication numérique ANTARES ;
- La généralisation à l'ensemble des territoires bretons du projet ORIS (Outil de régulation des demandes d'admissions en SSR) ;
- le pilotage et financement du projet CREBEN (Centre régional breton d'expertise neuro-radiologique) ;
- le lancement du projet DMP en région (territoire de santé n°4) ;
- La poursuite du projet "Messagerie Sécurisée" et de son déploiement dans les territoires de santé (remise du 1^{er} prix "communication ville-hôpital" au CHU de Rennes lors du salon du HIT 2011).

“

La Bretagne fait partie des régions pionnières en matière de projets relatifs aux systèmes d'information partagés et à la télémédecine.

Il reste aujourd'hui à développer les priorités relatives aux structures médico sociales, aux territoires insulaires, à la santé des détenus et d'industrialiser les applications ayant fait leur preuve. Pour les professionnels de santé, l'enjeu est maintenant de favoriser le partage et l'échange des informations en dehors des "murs de l'établissement" en articulation avec le secteur médico social et ambulatoire afin de fluidifier le parcours du patient améliorant la qualité de sa prise en charge, grâce à une meilleure coordination des acteurs.”

Anne-Briac Bili

Chargée de mission des systèmes d'information et télémédecine

LE FAIT MARQUANT

Journée régionale sur les systèmes d'information et la télémédecine organisée par l'ARS le 24 juin 2011

L'ARS Bretagne est en première ligne pour le développement des systèmes d'information partagés de santé. Elle porte en effet depuis 2010 la mise en place d'un espace numérique régional de santé (ENRS). Piloté par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Esanté Bretagne, **son action avec ses adhérents a fortement contribué à l'émergence de nombreux projets structurants pour la région qui démontrent que les nouvelles technologies en santé incarnent un enjeu majeur au service d'objectifs généraux de santé** : réduction des inégalités, amélioration de la qualité des pratiques et efficacité du système de santé.

Pour faire le point sur toutes ces initiatives régionales, l'ARS Bretagne a organisé le 24 juin 2011 une journée régionale sur le thème des systèmes d'information partagés. Près de 150 personnes y ont participées (directeurs d'établissements, représentants des fédérations professionnelles, des ordres des médecins, des infirmiers, des représentants des usagers, professionnels de santé...). Cette rencontre a permis de **présenter les projets et actions régionales en matière de Dossier Médical Personnel, de la télémédecine dans la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).**



Poursuivre la politique qualité dans les Établissements et Services Médico Sociaux (ESMS)

Dans la continuité de 2010, l'ARS a poursuivi la démarche de contractualisation avec les ESMS pour notamment développer la démarche qualité et l'efficacité de ces structures. Afin d'uniformiser la démarche pour l'ensemble des Établissements et Services Médico Sociaux bretons, l'ARS a constitué un guide CPOM.

La politique qualité passe également par le processus d'évaluations des ESMS. Ces évaluations centrées sur la mise en place au sein des ESMS d'une démarche continue d'amélioration de la qualité détermineront en effet le renouvellement des autorisations. En 2011, le service médico social, en appui avec la Direction de la Stratégie et des Partenariats a débuté la constitution d'outils d'accompagnement des ESMS dans cette démarche.

À l'instar de ce qui est fait auprès des établissements de soins, l'ARS Bretagne a accompagné les gestionnaires souhaitant intégrer ou développer un processus de coopération via la mise en œuvre de coopération entre ESMS ou ESMS et autres établissements (sanitaires, sociaux...).

Mieux connaître les populations prises en charge dans les Établissements et Services Médico Sociaux (ESMS)

Lors des travaux d'élaboration du PRS, le besoin de mieux connaître les populations prises en charge par les ESMS de la région, mais aussi les modalités d'organisation et de fonctionnement des ESMS s'est révélé prégnant. Pour y palier, le développement de la thématique "observation partagée" au sein du SROMS, la construction d'outils internes de suivi des établissements ont été proposés.

Dans ce cadre, plusieurs études ont été confiées en 2011 à des organismes externes qui portent prioritairement sur les obstacles à la fluidité des parcours (étude sur les SESSAD, sur les CAMSP mais aussi sur les jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants).

Enfin, un travail important de fiabilisation des données de FINESS (fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux) a été réalisé.



Une démarche nouvelle d'appels à projets

La loi HPST du 21 juillet 2009 a inversé le processus d'autorisation administrative de création, de transformation ou d'extension des établissements et services sociaux et médico sociaux. Désormais, les projets soumis à autorisation pour créations et extensions importantes doivent s'inscrire en réponse à des **appels à projets** lancés, seuls ou conjointement par les financeurs (ARS, Conseils généraux) sur la base de diagnostics et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires. L'objectif : mieux répondre aux besoins de la population dans les différents territoires.

2011 a été la première année de mise en œuvre de cette procédure. L'ARS a publié le **calendrier des appels à projets 2011-2012** et a **lancé 2 appels à projets concernant le secteur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques** :

- les Lits Halte Soins santé (LHSS) ;
- les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) pour personnes sortant de prison.

La commission d'appels à projets s'est réunie le 1^{er} décembre 2011 pour sélectionner les dossiers dont les places se sont ouvertes en décembre 2011 et janvier 2012.

“

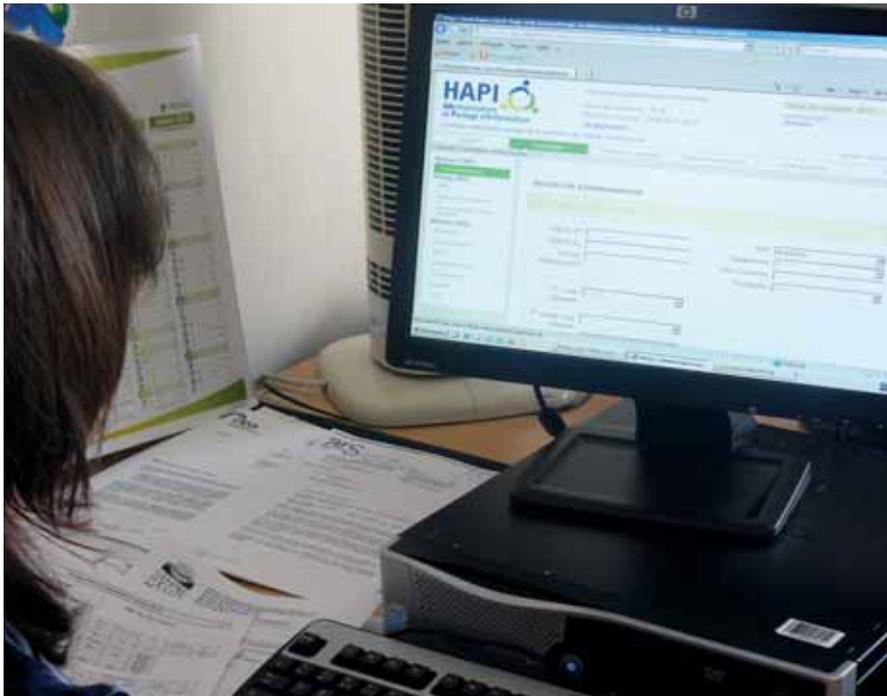
Avant, l'offre venait des gestionnaires de structures. Aujourd'hui, la démarche est inversée.

L'objectif est de contribuer à favoriser l'adéquation qualitative et quantitative de l'offre médico sociale par rapport aux besoins de la population tout en tenant compte des financements disponibles. C'est un changement de culture pour l'ensemble des acteurs du secteur médico social mais également pour les administrations telles l'ARS et les Conseils généraux qui se partagent la compétence.

Les partenaires doivent aujourd'hui mettre en place des commissions de sélection des appels à projets sur chaque département.

Laurence Roux - Chargée de mission planification, programmation et appels à projets

”



HAPI : un nouvel outil pour piloter l'allocation budgétaire en région

Mise en place d'une équipe régionale d'allocation budgétaire

L'allocation des ressources des établissements médico sociaux est aujourd'hui contrainte par de nouvelles règles budgétaires visant à garantir le respect de l'ONDAM. En effet, les enveloppes régionales notifiées aux ARS sont limitatives. L'équilibre budgétaire impose une stricte adéquation entre les montants de dépenses notifiés aux établissements et les décaissements par les caisses d'Assurance maladie. Le pilotage de l'allocation budgétaire s'effectue dans un cadre régional pour mieux répondre aux inégalités infra-régionales et assurer l'harmonisation des pratiques. Il s'appuie sur un nouvel outil Harmonisation et Partage d'Information (HAPI).

Cette application Web nationale permettra de suivre la campagne budgétaire 2012 et d'allocation de ressources des ESMS pour personnes âgées et handicapées sous financement Assurance maladie. Cet outil en harmonisant des pratiques de tarification permettra de doter l'ARS d'un système de partage d'information pour la gestion de la campagne budgétaire 2012. En 2011, 24 personnes du siège et des Délégations Territoriales ont été formées à l'utilisation de cet outil et constituent l'équipe régionale d'allocation budgétaire.

Accompagner les personnes âgées dépendantes : création de 421 places

En 2011, les établissements et services liés aux personnes âgées ont bénéficié d'une enveloppe budgétaire égale à **560 millions d'euros, soit 4 % de plus par rapport à 2010**. De plus, l'ARS a permis les créations et extensions de places en Bretagne : **406 nouvelles places dont 391 places d'EHPAD** (315 en hébergement permanent, 45 en accueil de jour et 31 en hébergement temporaire) ainsi que **15 places de SSIAD**.

Concernant les mesures de médicalisation, l'enveloppe bretonne de **2 549 147 euros** a permis le renouvellement de **15 conventions tripartites dans les EHPAD** et permis d'anticiper le renouvellement de **25 conventions par un renfort de personnels soignants**.

29 avril

Débat interdépartemental sur la dépendance à Dinan



LE FAIT MARQUANT

Poursuite du déploiement du plan Alzheimer

La mise en œuvre de la programmation 2011 du plan Alzheimer a permis l'installation de plusieurs projets de nature à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de cette maladie, qu'elles soient en structure ou à domicile : 29 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), 3 Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) médico sociales, 3 unités d'hébergement renforcées (UHR) sanitaires, la création d'une unité cognitivo-comportementale (UCC) dans un service de soins de suite, 2 Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), 8 équipes de Service de Soins à Domicile (SSIAD) Alzheimer (80 places), 4 plateformes de répit et des aides financières pour développer la formation des aidants.

16 juin

Signature des deux premières MAIA de Morlaix et Pontivy



LE FAIT MARQUANT

Poursuite du plan autisme

En 2011, des actions permettant de développer le diagnostic précoce chez l'enfant autiste ou porteur de troubles envahissants du développement (TED) ont été conduites : la journée régionale du 18 janvier 2011 a permis de diffuser les recommandations de la HAS auprès des professionnels chargés du diagnostic.

Les 2 équipes hospitalières associées au centre de ressources ont été renforcées afin de devenir opérationnelles en termes d'appui aux équipes de proximité. De plus, un dispositif expérimental a été mis en place pour permettre un meilleur accompagnement des familles dans le cadre de l'annonce du diagnostic d'autisme.

En décembre 2011, 12 formateurs pour la Bretagne ont été formés à l'EHESP afin de diffuser ensuite le corpus de connaissances à l'ensemble des acteurs régionaux œuvrant en faveur des personnes avec autisme - TED.

L'année 2011 a aussi été ponctuée par des échanges avec le Centre Régional Autisme afin de prioriser ses missions, par 2 réunions du comité technique régional autisme afin de favoriser la concertation. Enfin, en lien avec le plan national, l'autisme a fait l'objet d'un plan d'actions qui est repris dans le PRS. 67 places nouvelles d'ESMS ont ainsi été programmées dans le PRIAC pour la période 2011-2013.

Accompagner les personnes handicapées : création de 357 places

Pour les personnes handicapées, le montant de l'enveloppe 2011 (financement assuré par l'Assurance maladie) s'est élevé à **386 millions d'euros, soit une augmentation de 1,45 % par rapport à 2010.**

Pour les ESAT, le montant de la notification État était en 2011 de 74 743 779 €.

De plus, l'ARS Bretagne a permis **l'ouverture en 2011 de 276 places en ESMS** sous financement Assurance maladie (107 places pour les enfants et 169 pour les adultes) et de **81 places d'ESAT.**



“

Le domaine de la santé mentale est vaste : il concerne les pathologies psychiatriques mais aussi un ensemble de situations de détresse psychologique. Ces souffrances psychiques peuvent, dans certains cas, mener à une situation de handicap. La santé mentale fait partie des thématiques transversales au SROS et au SROMS. Elle a été appréhendée de façon décloisonnée avec comme objectif de développer sur l'ensemble du territoire régional un dispositif de coordination des acteurs de santé mentale sanitaires, sociaux et médico sociaux. Un chantier important du plan d'actions.

”

Dr Sylvie Dugas

Conseillère technique médicale

EN BREF

DEUX NOUVEAUX GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM) CRÉÉS

Depuis 2011, la subvention pour les groupes d'entraide mutuelle est versée par l'ARS. Un nouveau cahier des charges s'impose à ces associations quel que soit le public adhérent (personnes souffrant de troubles psychiques, de traumatisme crânien...). En 2011, deux nouveaux GEM pour traumatisés crâniens ont été créés.

L'ARS ACCOMPAGNE LES PUBLICS SPÉCIFIQUES, EN DIFFICULTÉ

En 2011, l'ARS Bretagne a dédié 11 043 710 € aux établissements en charge de publics spécifiques. De plus, l'ARS a ouvert 5 places d'Appartement de Coordination Thérapeutique, 16 Lits Halte Soins Santé et a notifié aux CSAPA et CAARUD, 601 114 € de renforcement de mesures financières.

Gérer les professions de santé et les cadres en établissements

ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS DANS LA GESTION DE LEURS RESSOURCES HUMAINES

Au cours de l'année 2011, l'ARS a assuré la gestion des enveloppes du Fonds de Modernisation des Établissements de Santé afférentes aux ressources humaines à savoir :

- les enveloppes d'amélioration des conditions de travail (CLACT) attribuées à l'issue d'un appel à projets avec un comité de sélection faisant intervenir des directeurs des ressources humaines d'établissements bretons ainsi que des organisations syndicales ;
- des enveloppes d'appui au développement de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) ;
- des aides individuelles dans le cadre de restructurations hospitalières.

En matière de veille sociale, l'agence s'est attachée à l'organisation du déroulement des élections des CAPD/CTE en lien avec les délégations territoriales, à la gestion des mouvements sociaux, à l'organisation des échanges entre la direction générale de l'ARS et les partenaires sociaux dans le cadre du dialogue social, ainsi qu'à l'amorce d'un travail d'harmonisation de la mutualisation des heures syndicales au niveau de la région en lien avec la DT35 (travail qui se poursuit sur 2012-2013). L'ARS s'est également engagée en 2011 dans un travail avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) visant à l'élaboration d'outils destinés à définir le dimensionnement en ressources humaines de services d'hospitalisation, de bloc opératoire et d'imagerie.



GÉRER LES FORMATIONS PARAMÉDICALES

En matière de supervision de l'activité de formation des professionnels de santé non médicaux, l'agence s'est plus particulièrement employée en 2011 à renforcer ses liens avec ses partenaires extérieurs : les différents instituts bretons, le Conseil régional, la direction régionale jeunesse, sport et cohésion sociale (DRJSCS) principalement. Ainsi, l'ARS a collaboré avec le Conseil régional et la DRJSCS pour l'établissement du schéma des professions sanitaires et sociales. Les données recueillies ont été mises en commun permettant l'émergence des orientations de travail : observation, évolution, alternance. Ces trois thèmes font l'objet d'une étude plus approfondie démarrée en début d'année 2012.

En 2011, les dossiers traités plus particulièrement en lien étroit avec le Conseil régional ont porté sur :

- l'application du nouveau référentiel de la formation infirmière (qui prévoyait notamment l'universitarisation de la formation qui a impliqué le passage de conventions avec les universités de médecine) ;
- le montage d'un groupe de travail sur les difficultés de mise en stage des étudiants infirmiers et aides-soignants ;

- les autorisations des instituts et agréments des directeurs d'instituts. L'ARS a donné un avis favorable pour les autorisations et agréments des directeurs d'institut de 14 IFSI (infirmiers), 31 IFAS (aides-soignants), 1 IFAP (auxiliaires de puériculture), 6 IFA, 2 écoles IADE (infirmier anesthésiste), 2 écoles IBODE (infirmier de bloc), 2 IFCS (cadre soignant), 1 école de puéricultrices, 1 IFMR (manipulateur radio), 1 IFMK (kinésithérapeute), 1IFE, et 1IFPP (pédicure-podologue).

Des travaux ont été menés plus spécifiquement en lien avec la DRJSCS :

- concernant le Diplôme d'État d'Infirmier les modalités d'évaluation de la formation ont été revues dans le cadre du nouveau référentiel avec la mise en place d'un jury final chargé de l'évaluation des unités d'enseignement, de certains stages, de l'acquisition des compétences infirmières pour chacun des dossiers.
- différentes commissions ont été réunies pour les reconnaissances des diplômes européens paramédicaux et l'équivalence de diplôme de cadre de santé.



12 agents constituent la direction adjointe en charge des professionnels de santé et cadres en établissements (quelques absents sur la photo)

“

La reconnaissance du titre de psychothérapeutes permet de légaliser la profession et de protéger les patients. L'ARS a retenu 850 dossiers pour la Bretagne, la majorité des demandes émanant de psychologues mais également de professions médicales (médecins, psychiatres), paramédicales (infirmiers...), de psychanalystes. L'instruction a consisté à vérifier la complétude des pièces demandées et la justification des 5 années d'expérience.

Annick Bougel, Caroline Le Callennec et Sylvie Hoyet
Chargées de la gestion et de la formation
des professions paramédicales

”

LE FAIT MARQUANT

L'instruction des titres de psychothérapeute

Un dossier s'est plus particulièrement démarqué dans les activités du Pôle Professions paramédicales pour cette année 2011, celui de la procédure de reconnaissance du droit d'user du titre de psychothérapeute. Dans ce cadre, 986 dossiers de candidature ont été instruits avec la mise en place des commissions régionales d'inscription d'usage du titre et d'agrément des établissements de formation.

Gérer l'internat des médecins, pharmaciens, dentistes, biologistes

Le secteur de l'internat a mis en place au cours de l'année 2011 de nouvelles commissions issues d'un arrêté du 4 février 2011, pour chacune des deux subdivisions de Rennes et de Brest :

- La commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine chargée de donner un avis sur le nombre de postes à ouvrir, chaque semestre, par spécialité pour les internes de chaque discipline ;
- La commission de subdivision statuant en formation en vue de la répartition des postes d'internes offerts au choix semestriel des internes de chaque discipline, au sein des lieux de stage agréés et auprès

des praticiens agréés-maîtres de stage et en vue de l'agrément des terrains de stage pour la formation pratique des étudiants en troisième cycle des études médicales.

Pour la première fois en 2011 dans le cadre des nouveaux textes, des agréments à accueillir des internes ont pu être accordés au sein d'établissements privés au titre de l'année universitaire 2011-2012 :

- au Centre Hospitalier Privé Saint-Brieuc (interne de chirurgie ortho-traumatologique) ;
- à l'Hôpital privé Sévigné à Cesson Sévigné (interne d'anesthésie-réanimation).



Gérer les médecins hospitaliers

Comme chaque année, l'ARS a géré :

- le concours de praticien hospitalier avec 190 inscrits et 165 reçus ;
- La procédure d'autorisation d'exercice avec 101 inscrits et 10 reçus.

Concernant les créations et publications des postes de praticiens hospitaliers, en 2011, 461 professeurs d'universités-praticiens hospitaliers et maîtres de conférence universitaire-praticiens hospitaliers étaient en poste en Bretagne, 2040 praticiens hospitaliers temps plein étaient en poste ainsi que 189 praticiens hospitaliers temps partiel.

Deux tours de recrutement de praticiens hospitaliers ont été organisés par le Centre National de Gestion dont l'ARS a géré les aspects régionaux notamment le recensement des demandes de création et publication de postes de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, assortis éventuellement de la mention

de "poste prioritaire" : 160 demandes de création ou transformation de postes temps plein, temps partiel et assistants ont été gérées, 803 postes de praticiens hospitaliers temps plein ont été publiés dont 210 avec la mention "poste prioritaire", 191 postes de praticiens hospitaliers temps partiel dont 46 avec la mention "poste prioritaire".

L'ARS est également compétente pour la validation des demandes de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements des praticiens hospitaliers : 189 demandes ont été traitées en 2011 et 180 accords de versement donnés.

ZOOM SUR

La Bretagne, une région attractive

À l'issue du concours de l'Examen National Classant qui se tient à l'issue du 2^e cycle des études médicales juste avant l'entrée à l'internat et conditionnant les choix de la spécialité qui sera exercée par chaque interne et la Région de réalisation de l'internat, tous les postes offerts dans les spécialités médicales, en pédiatrie, en anesthésie, en gynécologie et dans les spécialités chirurgicales ont été choisis dans les 2 subdivisions (Rennes et Brest). Cela témoigne de l'attractivité de notre région et de nos

universités médicales. Seuls quelques postes ouverts n'ont pas été pourvus par des internes : en médecine générale mais dans des proportions restreintes (6 postes sur 111 pour l'université de Rennes, 7 sur 81 pour Brest, à noter qu'en 2010 seuls 49 postes sur 85 avaient été choisis en médecine générale à Brest), en médecine du travail 1 poste sur 3 pour Brest et 1 sur 5 pour Rennes et en santé publique, aucun poste choisi à Brest sur 3 offerts.

“ L'internat débute la 7^e année de médecine et se termine la 9^e, 10^e ou 11^e suivant les spécialités. Les nouvelles commissions mises en place permettent de renforcer la qualité de formation des internes en médecine (1 300 internes bretons). Les demandes d'agrément de 10 établissements privés seront étudiées pour la rentrée 2012-2013 afin d'augmenter l'offre de terrains de stages. ”

Danielle Dubois et Marylène Guilloux
Secrétaires chargées de la gestion des internes

Améliorer la performance des établissements de santé

SE DOTER D'OUTILS DE SUIVI D'ACTIVITÉ

Dans le cadre du déploiement d'une politique d'amélioration de la performance au sein des établissements de santé, l'ARS a mis en place des outils de pilotage et de suivi de l'activité des établissements de la région afin de produire des éléments de comparaison d'analyse (tableaux de bord mensuels de suivi des recettes liées à l'activité des établissements, des dépenses...). Des fiches établissements concernant les champs MCO, psychiatrie et SSR ont été produites afin de disposer d'un état de synthèse des principales données (activité, autorisations, finances, performance).

ÊTRE EN APPUI À LA PERFORMANCE

Depuis 2008, des opérations de benchmark des blocs opératoires sont réalisées afin d'optimiser leur fonctionnement. En 2011, l'ARS a conforté cette démarche auprès de 34 établissements publics et privés disposant d'un ou plusieurs blocs opératoires. Cela a permis d'objectiver les améliorations mises en œuvre par les établissements et d'alimenter les travaux dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA FACTURATION DES PRODUITS HOSPITALIERS

Suite à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et de la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé, l'ARS s'est fixée

comme objectif prioritaire l'amélioration de la qualité de la facturation et du niveau de recouvrement des produits hospitaliers. Une étape nécessaire dans la perspective de la facturation directe et individuelle de séjours et des soins externes prévue pour 2013-2014 dans les établissements publics de santé. Dans le cadre de ce programme piloté par l'ARS Bretagne, **6 établissements (CH Fougères, CH Vitré, CH Douarnenez, CH St Malo, CHIC Quimper, CH Lannion) participent à une démarche régionale portant sur le diagnostic de leur chaîne de facturation/recouvrement.** L'objectif : définir des préconisations et des pistes d'amélioration pouvant être déployées au niveau régional, notamment la gestion en commun de certaines actions, voire d'activités et de moyens.

PROMOUVOIR LES COOPÉRATIONS TERRITORIALES

Une démarche de promotion des coopérations territoriales a été mise en œuvre avec les établissements des territoires de santé 1 et 4, appuyée par l'ANAP. Ce projet vise à structurer l'offre de soins dans le champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique et déployer et/ou renforcer les coopérations territoriales sur les deux territoires de santé. L'année 2011 a permis la rédaction d'un cahier des charges permettant de choisir la structure qui accompagnera les établissements concernés, sur les territoires.



5 septembre

Journée régionale sur le thème des coopérations hospitalières

Amener les établissements à l'équilibre financier

L'année 2011 est marquée par une nouvelle génération de contrat de retour à l'équilibre : parmi les 14 contrats venant à échéance fin 2010, 12 établissements demeurent dans le dispositif en 2011. Un dispositif d'accompagnement et de suivi de la bonne exécution du contrat a été instauré au travers de deux temps d'échanges chaque année.

“ Le benchmarking 2011 a permis de collecter durant 4 semaines l'activité des 62 blocs opératoires de la région Bretagne.

Cela représente plus de 30 000 interventions. Chaque jour, les établissements ont relevé les heures d'entrée et de sortie de salle des patients, le nombre de personnel nécessaire à chaque intervention et l'acte opératoire pratiqué. À partir de ces données d'activité et pour chaque établissement, des indicateurs de performance ont pu être calculés tels que le taux d'occupation, le taux d'ouverture et le taux de débordement. La comparaison de ces données avec celles des autres établissements de la région permet à chaque établissement de se positionner et d'identifier les axes d'amélioration à mettre en œuvre.

Magali Berthelot - Contrôleur de gestion

”

ZOOM SUR

Le déficit des établissements en baisse de 2 %

Sur l'ensemble des établissements publics et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) de la région (T2A, ex-hôpitaux locaux, SSR, psychiatrie), sur le budget H, le déficit cumulé régional 2011 s'établit à hauteur de -9983844 € (contre un déficit de 10 183 760 € en 2010), soit une réduction des déficits des établissements de la région de 2 %. En revanche, le nombre d'établissements déficitaires passe de 29 à 34. Le déficit régional se réduit, tout en se diluant sur davantage d'établissements. Ces résultats sont à différencier selon la catégorie d'établissements concernée :

- **concernant les CHU**, le résultat cumulé des deux CHU bretons est légèrement déficitaire, à hauteur de 350 K€. Le CHU de Brest clôture en équilibre, tandis que le CHU de Rennes poursuit son retour à l'équilibre avec un déficit réduit de 2/3 par rapport à la clôture 2010.
- **concernant les autres catégories d'établissements :**
 - les établissements dont les produits sont inférieurs à 20 M€, le déficit est doublé à fin 2011 par rapport à 2010. Cette catégorie est celle dont le résultat se dégrade de façon la plus importante en région Bretagne ;
 - les établissements dont les produits sont compris entre 20 et 100 M€, le déficit 2011 se réduit de 28 % par rapport à 2010, pour atteindre 4,9 M€ ;
 - les établissements dont les produits sont supérieurs à 100 M€, hors CHU, ont un déficit qui augmente de 28 %, pour atteindre 2,8 M€ au niveau régional.

Enfin, sur l'ensemble des établissements publics et ESPIC de la région (T2A, ex-HL, SSR, psychiatrie), sur le budget H, le résultat régional 2011 (somme des excédents et déficits) s'établit à hauteur de -1 188 810 €. La situation régionale est stable, le résultat régional cumulé étant proche de l'équilibre.

Suivre les investissements hospitaliers et médico sociaux

L'année 2011 a été marquée par la mise en place par la direction générale de l'offre de soins, en partenariat avec les ARS, d'une démarche annuelle de revue des plans nationaux d'investissement afin de s'assurer de la bonne exécution des projets et de l'adéquation des financements associés. Ce dispositif concerne à la fois les projets immobiliers et de systèmes d'information. L'exercice réalisé en 2011 a conduit, d'une part, à classer les opérations en 3 catégories - non risquées, à risque modéré ou à risque élevé, en fonction de leur avancement (décalage ou pas du calendrier initial) et de leur évolution (notamment financière) - et d'autre part, à suspendre les délégations de crédits 2011 pour certains projets (dans l'attente d'un démarrage effectif des travaux), voire à déprogrammer quelques opérations qui n'avaient pas été engagées et dont l'opportunité était remise en cause par l'évolution du projet de l'établissement.

Sur le champ médico social, l'ARS apporte également son concours technique à la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA) en matière de programmation, d'instruction technique et de suivi des investissements des établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées. Cette contribution porte sur l'analyse de la pertinence technique des projets transmis par les établissements (fonctionnalité, dimensionnement) ainsi que de la cohérence du coût et de son impact sur le tarif hébergement. Bilan 2011 ;

- suivi des opérations du volet territorial du 13^e contrat de plan État-Région 2007-2013 ;
- suivi des opérations de modernisation de 37 structures pour personnes âgées et 20 pour personnes handicapées ;
- instruction de 19 dossiers personnes âgées dans le cadre de l'élaboration de la programmation du plan d'aide à l'investissement 2011 de la CNSA.



Accompagner des projets de valorisation et de connaissance du patrimoine hospitalier

Le patrimoine immobilier constitue, pour les établissements publics de santé, un actif de tout premier plan, mais qui engendre également des coûts : l'acquisition, l'entretien et la maintenance du patrimoine immobilier absorbent une part non négligeable des ressources financières des établissements. L'optimisation de la gestion de ce patrimoine doit être recherchée par les établissements afin de réduire les charges et de dégager des ressources permettant, notamment, de contribuer au financement des projets d'investissement. Pour mieux répondre aux enjeux de gestion d'un patrimoine immobilier souvent complexe, la direction générale de l'offre de soins a mis en place, en partenariat avec l'ANAP, une démarche de valorisation du patrimoine hospitalier, à travers le lancement d'un appel à projets.

En Bretagne, le CHU de Rennes, site de l'Hôtel-Dieu, a été sélectionné pour un accompagnement jusqu'à la signature d'un engagement d'achat, avec financement et pilotage par l'ANAP d'une étude de reconversion du site. D'autres dossiers (dont celui du CH Guillaume Régnier - site du Bois Perrin et du CH Bretagne Sud - site de Bodelio), bien que non retenus au titre de l'appel à projet ANAP, feront l'objet d'un accompagnement spécifique, sous la forme d'une assistance et d'une participation de l'ARS et/ou de l'ANAP aux comités de pilotage mis en place par les établissements.



© Willy Berné Photographie

Nouvel Hôpital de Lorient, l'Hôpital du Scorff

“ En Bretagne, les seules dépenses d'entretien du patrimoine immobilier des établissements publics de santé représentent environ 0,4 % de leurs charges. Un pourcentage, qui peut sembler faible, mais qui correspond pour certains d'entre eux à plus d'1 million d'euros, une dépense non négligeable.

En 2012, l'ARS participera à l'inventaire national du patrimoine des établissements publics de santé mis en place par la direction générale de l'organisation des soins. Il permettra notamment aux établissements et à l'ARS de disposer d'une meilleure connaissance du patrimoine et de son utilisation. Il s'inscrit par ailleurs dans le cadre de la démarche engagée de certification des comptes.

Olivier Paugam
Responsable du pôle investissement

”

LE FAIT MARQUANT

Accompagner les établissements sanitaires et médico sociaux dans la maîtrise de la demande en électricité

Dans le cadre du pacte électrique breton, engagement fort des pouvoirs publics et des opérateurs économiques et institutionnels pour relever le déficit majeur de la sécurité électrique de la Bretagne, l'ARS, en lien avec l'ADEME (Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie) et la DREAL (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement), a mobilisé le secteur de la santé sur l'un des 3 axes du pacte que constitue la maîtrise de la demande en énergie électrique (MDE).

Cette démarche s'inscrit dans la continuité d'expérimentations déjà menées en Bretagne, en particulier le programme Vir'volt sur le Pays de Saint-Brieuc. L'extrapolation des résultats expérimentaux de ce programme a mis en évidence qu'une économie de l'ordre de 44 Gwh/ea/an (pour une mobilisation de 50 % du gisement avec un gain de 12 % d'économie d'électricité) pouvait être mobilisée sur le territoire breton, dans les établissements sanitaires et médico sociaux.

Afin de démultiplier les actions de maîtrise de la demande en électricité déjà mises en œuvre par certains établissements, l'ARS en lien avec ses partenaires, a mis en place une démarche d'animation auprès du réseau des ingénieurs et des techniciens des établissements sanitaires (publics ou privés) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées. Dans ce cadre, une réunion avec les établissements a été organisée en 2011 et, suite à consultation, un cabinet spécialisé a été retenu pour animer le réseau des ingénieurs hospitaliers.

Promouvoir et coordonner une politique qualité auprès des établissements

Suite à la réorganisation interne à la direction de stratégie, de l'évaluation et de la performance en octobre 2011, le pôle Qualité en établissements a été créé. Acteur privilégié de la mise en œuvre des objectifs du CPOM ARS État concernant les actions sur la certification des établissements de santé et l'évaluation des Établissements et services médico sociaux sur lesquels l'agence régionale est attendue en 2012, le pôle Qualité en établissements a une vocation transversale, au sein du champ sanitaire comme du champ médico social. Par ailleurs, il travaille en étroite articulation avec l'ensemble des directions métiers de l'ARS qui agissent sur la qualité des prises en charges par la mise en place de programmes d'actions spécifiques (médicament, GDR, lutte contre les infections nosocomiales, veille sanitaire, santé environnement...).

Concernant la certification des établissements de santé, objectif prioritaire sur 2012, la région doit réussir à améliorer l'indicateur relatif aux établissements certifiés avec réserve.

À ce jour, 29 % des établissements certifiés ou en cours de certification le sont avec réserve (majeure ou non). Le résultat se dégrade légèrement par rapport à 2010, notamment du fait du passage d'un certain nombre d'établissements en V2010 (dernière version de la certification). Une action particulière de recensement de la nature de ces réserves est en cours au sein de l'ARS pour la mise en œuvre de plans d'actions.

Concernant la mise en œuvre de la politique régionale d'appui à la qualité en établissements :

- création de l'observatoire régional de la qualité en Bretagne ;
- exploitation des résultats de certification et des indicateurs nationaux de la plateforme QUALHAS en cours ;
- définition des axes de travail 2012 avec les établissements en cours : formalisation d'un groupe de travail régional, définition des priorités régionales selon l'exploitation des résultats ;
- accompagnement du déploiement de la procédure d'évaluation interne et externe au sein des établissements médico sociaux ;
- accompagnement des établissements sur la rédaction des protocoles de coopérations entre professionnels de santé.

EN BREF

Lancement d'une enquête auprès des 800 établissements sanitaires et sociaux de Bretagne (591 établissements pour personnes âgées et 450 pour personnes handicapées) pour établir un état des lieux du patrimoine immobilier et anticiper sur leurs besoins d'investissement dans les prochaines années.

Participation de l'ARS au groupe de travail national de l'ANAP ayant pour but la création d'un observatoire des coûts de la construction dans le champ médico social qui permettra d'améliorer la vision de l'impact économique et

financier des décisions d'investissements immobiliers mais aussi de leurs conséquences en termes de qualité et de fonctionnalité.

Participation au lancement de l'étude-action nationale sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs. L'objectif : disposer d'éléments clefs pour la modernisation future des établissements existants et pour la construction de nouveaux établissements. Deux dossiers ont été retenus en Bretagne.



3 / La prévention santé environnement

Protéger la santé des populations actuelles et des générations futures, telle est la priorité de l'ARS en termes de santé environnementale. À travers cette mission, il s'agit de mieux connaître les dangers pesant sur l'environnement et la santé humaine afin de prendre des mesures pour prévenir et limiter les risques ; réduire les conséquences des pollutions sur la santé pour la protéger de façon durable et informer sur la qualité des milieux et sur les risques sanitaires liés à leur dégradation. Prenant en compte à la fois l'angle de la sécurité sanitaire et de la promotion de la santé, la prévention santé environnement s'organise autour de la prévention et de la gestion de risques liés à l'eau et à l'alimentation ; la protection de la santé dans les espaces clos (lutte contre l'habitat indigne, prévention des intoxications au monoxyde de carbone...) et la protection de la santé dans son environnement extérieur (surveillance des pollens, prévention des risques liés à la décomposition des algues vertes...).

Un grand nombre de ces missions sont effectuées par l'ARS pour le compte des préfets de département, sur la base de protocoles départementaux précisant les modalités d'intervention.

Prévenir et gérer des risques environnementaux ayant un impact sur la santé des Bretons

EAUX DE BAINNADE : PLUS DE CONTRÔLES, PLUS DE QUALITÉ ET PLUS D'INFORMATION

Du 15 juin au 15 septembre, l'ARS Bretagne a réalisé quelques **4650 prélèvements sur les eaux de baignade**. Dans **99,5 % des cas, ces derniers ont démontré un respect des normes** permettant d'assurer l'accueil du public. En effet, sur 560 plages surveillées et 31 sites en eau douce, seulement une vingtaine a été impactée par des contaminations résiduelles. Par ailleurs, comme tous les ans depuis 1997, un dispositif d'information et de communication sur la qualité des

plages a été mis en place avant l'été. 750 affiches et 50 000 dépliant présentant une carte régionale de la qualité des eaux de baignade en mer ont été réalisés et largement diffusés courant juin auprès des mairies, offices de tourisme... Au-delà de l'information sur la qualité des eaux de baignade, des conseils santé-sécurité sont également rappelés, avec en 2011 l'intégration de messages de prévention par rapport à la pêche à pied et au ramassage de coquillages.



Des agents de l'ARS assurent les prélèvements sur les eaux de baignade

“ Depuis cette année, les collectivités doivent élaborer des profils de vulnérabilité des zones de baignades c'est-à-dire, inventorier des sources potentielles de pollution et élaborer des mesures de gestion pour limiter l'exposition des usagers. L'ARS les accompagne dans ces nouvelles responsabilités. L'information au public s'est nettement améliorée ces dernières années.

Le grand public peut consulter sur internet et dans les mairies les données mises à jour quotidiennement sur la qualité des eaux de baignade.

Serge Passelergue - Ingénieur principal d'études sanitaires

Protéger les vacanciers : l'ARS participe aux opérations interministérielles vacances (été 2011)

Dans le cadre de l'opération interministérielle vacances 2011, l'ARS Bretagne s'est associée aux actions menées par les services de l'État en organisant notamment des contrôles harmonisés, voire conjoint, sur plusieurs terrains de camping et lieux d'accueil de vacances. Ces contrôles, adaptés au contexte local, ont porté sur différents critères ou paramètres susceptibles d'avoir un impact sanitaire sur les populations concernées : alimentation en eau potable, eaux de

loisirs, prévention des intoxications au monoxyde de carbone, prévention de la légionellose, risque amiante, assainissement, bruit... **Ainsi, 56 campings, 21 lieux d'accueil collectif de mineurs (ACM) ou séjours et 5 sites de vacances adaptées organisées (VAO) ont fait l'objet d'une intervention au cours de l'été 2011.**

Il apparaît que si certains paramètres examinés sont, sauf exception, globalement bien maîtrisés par les

responsables de ces établissements, il n'en demeure pas moins que d'autres aspects susceptibles d'avoir des impacts sanitaires négatifs sont insuffisamment pris en compte. C'est le cas notamment des volets concernant la prévention de la légionellose dans l'eau chaude sanitaire et l'exposition potentielle aux fibres d'amiante, la sécurité sanitaire des aliments et les risques d'intoxication au monoxyde de carbone, où un travail important de sensibilisation reste à effectuer.



Contrôler la qualité des eaux de consommation humaine

Le contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine comprend l'inspection des installations et le contrôle des mesures de sécurité sanitaire mises en œuvre et la réalisation d'un programme d'analyse de la qualité de l'eau : suivi de la qualité des eaux (du point de captage jusqu'au robinet du consommateur), la gestion des situations de non-conformité, la vérification de l'application des règles d'hygiène au niveau du captage, des installations de traitement et de distribution et une information sanitaire très largement diffusée (synthèse annuelle, bulletins transmis aux maires aux fins d'affichage, bulletins joints à la facture d'eau de l'abonné).

En 2011, **le contrôle sanitaire des eaux de consommation humaine a porté sur 16 911 prélèvements dont 15 901 concernaient les adductions publiques.** Les résultats confirment une situation satisfaisante avec notamment un taux de conformité de 99,6 % pour les paramètres microbiologiques ; 99,6 % et 99 % de la population qui est respectivement desservie par une eau répondant aux exigences de qualité pour les nitrates et les pesticides.

EN CHIFFRES

- 145 inspections/contrôles réalisés (périmètres de protection de captage d'eau, installations de traitement d'eau, prévention de la légionellose dans les établissements recevant du public...)
- Près de 27 000 contrôles/prélèvements (eaux destinées à la consommation humaine, eaux de loisirs, pêche à pied de loisirs)
- 26 enquêtes environnementales réalisées suite à des déclarations de légionellose ;
- 166 avis émis sur des dossiers d'urbanisme
- 17 arrêtés d'insalubrité
- 7 sites de captage d'eau destinée à la consommation humaine correspondant à 12 ouvrages ont bénéficié d'une protection établie par arrêté préfectoral.

LE FAIT MARQUANT

Adoption du Programme régional santé environnement 2011-2015 et lancement du premier appel à projets

Le Préfet de région, le Président du Conseil régional et le Directeur général de l'ARS Bretagne ont signé, le 26 août 2011, le 2^e Programme Régional Santé Environnement (PRSE) de Bretagne 2011/2015. Ils en assurent conjointement le co-pilotage et ont appuyé l'élaboration du programme sur un long processus de concertation, démarré en février 2009 avec les différents partenaires (État, collectivités, associations, représentants du monde économique...).

Douze objectifs prioritaires et une trentaine d'actions, guidés par les principes d'action de la promotion de la santé, constituent la feuille de route de la politique en santé environnement pour les 5 années à venir.

Par ailleurs, le premier appel à projets PRSE a été lancé : **17 projets** sur 28, portés par des associations, des collectivités ou des mutuelles, ont pu bénéficier d'un soutien financier de la part de l'ARS, pour un montant total de **175 000 €**. Pour en savoir plus sur le PRSE : www.prse-bretagne.fr



Le PRSE est centré sur la vie quotidienne des usagers : les risques auxquels ils sont exposés dans leur environnement et ceux auxquels ils peuvent exposer les autres. Il vise à améliorer la qualité de l'environnement en Bretagne et aussi faire prendre conscience à la population dans son ensemble des enjeux et des responsabilités collectives et partagées.

Au-delà de cette approche par les risques, la concertation a également conduit à intégrer une dimension plus positive de qualité de vie et de bien-être.

Anne Vidy - Ingénieure du génie sanitaire



SUR LE TERRAIN

MISES EN ŒUVRE DU PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES ALGUES VERTES.

Depuis 2004, le phénomène des algues vertes est identifié comme un problème de santé publique notamment dans les Côtes d'Armor et dans le Finistère.

En 2011, des investigations sur les risques sanitaires liés à l'échouage massif d'algues vertes sur les plages ont été poursuivies par l'ARS afin d'apporter aux collectivités responsables de la sécurité des personnes des recommandations. Quant au grand public, l'ARS Bretagne a entrepris une campagne d'information en diffusant des dépliants, des affiches et en mettant à disposition des collectivités des panneaux sur les sites sensibles. Ces mesures ont été mises en œuvre en lien avec les préfetures concernées.

4 / L'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires

Véritable observatoire permanent de l'état de santé des populations, l'ARS Bretagne organise la veille et la sécurité sanitaires et met ses expertises à la disposition de la politique de santé. La multiplication de crises récentes ces dernières années (ESB dite "maladie de la vache folle", SRAS, Chikungunya, risque de grippe aviaire) a montré la nécessité de rendre notre système de veille et de sécurité sanitaires plus réactif et efficace. Cette amélioration passe par la création au sein de l'ARS Bretagne d'un véritable pôle d'expertise Veille et Sécurité sanitaires, qui articule son action avec les services de l'État et le Préfet. Le champ d'intervention recouvre tous les risques liés aux activités de soins, aux produits consommés (produits alimentaires et produits de santé) et aux milieux de vie (eau, air, sols). Veiller à la sécurité des soins passe également par le contrôle que l'ARS organise, avec l'expertise de ses pharmaciens inspecteurs autour de la dispensation des médicaments et des produits de santé dans les établissements de santé, les établissements médico sociaux et dans les pharmacies d'officine.

Stabiliser l'organisation de la Veille et Sécurité Sanitaires au sein de l'agence

L'année 2011 a permis de consolider l'organisation de l'ARS dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires. Une plateforme régionale a été mise en place. Elle comprend la cellule de veille alerte et gestion sanitaire (CVAGS) et la cellule de l'institut de veille sanitaire (InVs) en région ouest, la CIRE, qui a un rôle d'expertise dans la validation et l'investigation des signaux. La CVAGS dispose d'un point focal d'entrée unique : le CORRSi (centre opérationnel de réception et de régulation des signaux) et de deux sites qui assurent la gestion des signaux et événements sanitaires. Pour faire connaître cette organisation, une plaquette d'information a été adressée aux professionnels de santé libéraux, établissements de santé et établissements médico sociaux, ainsi qu'aux institutions intervenant dans le champ de la santé publique. Consécutivement à cette communication, le CORRSi a observé en 2011 une augmentation significative de son activité.



Les 3 agents du CORRSi assurent la réception et la régulation des signaux

“ En 2011, les astreintes ont représenté plus de 600 sollicitations : 7 sur 10 concernaient des hospitalisations sous contrainte, avant les événements médicaux, les événements liés la santé environnementale et ceux concernant des établissements de santé et médico sociaux. Le système de veille est aujourd'hui régionalisé avec un seul point d'entrée : un numéro unique bien connu des acteurs de santé. Pour 2012, l'amélioration des outils et la structuration de l'activité doivent se poursuivre avec notamment la formation continue des agents de l'ARS Bretagne sur la veille. ”

Dr Pierre Guillaumot - Responsable de la direction adjointe veille et sécurité sanitaires

Répondre 24h /24 aux situations sanitaires urgentes

La continuité de la réponse aux situations sanitaires urgentes est garantie par un dispositif d'astreinte. Réorganisé en juin 2010, le dispositif a poursuivi son évolution et sa consolidation au cours de l'année 2011. Actuellement, le dispositif comprend :

- une astreinte administrative de premier niveau, assurée par deux cadres administratifs (22-35 et 29-56) ;
- une astreinte technique de second niveau, assurée par un ingénieur sanitaire et un médecin (astreinte régionale) ;
- une astreinte de direction (astreinte régionale).

Le dispositif d'astreinte a représenté en 2011 pour l'ARS Bretagne plus de 1 000 nuits-agents, 500 jours agents et près de 600 interventions.

L'organisation du traitement des signaux et alertes a également évolué en 2011, avec la création de deux pôles au sein de la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires :

- le pôle régional de veille sanitaire : gestion des signaux et événements de veille sanitaire transmis par le CORSSI assurée par des médecins et des infirmiers positionnés au siège à Rennes pour les départements

22 et 35 et à la Délégation Territoriale de Quimper pour les départements 29 et 56 ;

- le pôle régional de défense sanitaire : réponse unique de l'ARS quel que soit le département concerné, avec l'exigence d'une réponse de proximité au niveau départemental. Cette organisation se concrétise par la présence dans chaque délégation territoriale d'un référent départemental défense sanitaire.

LE FAIT MARQUANT

Première Journée régionale de veille sanitaire en Bretagne

La Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Bretagne (Cire Ouest) et l'ARS Bretagne ont organisé le 15 novembre 2011, la première Journée régionale de veille sanitaire en Bretagne : "Partager les expériences, renforcer les partenariats". Les objectifs : partager les pratiques de la veille sanitaire en Bretagne depuis la création de l'agence, renforcer la collaboration et la complémentarité entre différentes institutions et acteurs, montrer la diversité et la richesse des domaines abordés. Cet événement qui a rassemblé plus de 200 professionnels et partenaires marque une avancée importante dans la coopération en matière de veille sanitaire.

“ La première journée régionale de veille sanitaire a permis de présenter les places respectives de l'ARS et de l'InVS dans le paysage institutionnel de la veille et de la sécurité sanitaires, s'appuyant sur un réseau de partenaires. Plusieurs systèmes de surveillance ont été présentés : l'analyse des données de passages aux urgences permettant notamment l'identification d'épidémies de gastroentérites ou de gripes, la surveillance des milieux en santé environnementale permettant la prévention d'infections liées aux coquillages ou à l'eau d'alimentation, la surveillance des infections liées aux soins en établissements. De nombreux exemples d'investigations ont permis de motiver les différents partenaires pour mieux coordonner les réponses et favoriser la santé des Bretons.

Rémi Demillac

Responsable de la Cellule de l'Invs en région Bretagne

15 novembre

1^{ère} journée régionale de veille sanitaire à Rennes



Se préparer à la gestion des crises sanitaires

En 2011, les travaux d'actualisation ont porté sur trois grands plans nationaux : la canicule, le circuit de distribution des comprimés d'iode et la réponse aux risques NRBC (nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique). Par ailleurs, selon les départements, des travaux d'actualisation ont également porté sur les plans ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) et des Plans Particuliers d'Intervention (dits PPI).

L'ARS a contribué également à la mise en œuvre d'autres plans, comme le plan hiver :

- par la mise en place de mesures spécifiques liées à la période hivernale (prévention de l'alimentation électrique dans les établissements de santé et établissements médico sociaux)
- par la mise en place, pour la première année, d'une maraude médicalisée à Rennes (présence d'un médecin dans l'équipe de maraude du SAMU social).

Cette année encore, l'ARS Bretagne a participé en interministériel à plus d'une dizaine d'exercices de défense sanitaire visant à tester tout ou partie des plans, par exemple :

- les plans particuliers d'intervention de sites SEVESO...
- les plans POLMAR, plans submersion marine...
- les exercices impliquant l'intervention des différents moyens de secours, dont les moyens hospitaliers (exercice Guardex le 28 septembre 2011 : incendie à bord d'un ferry au large de Roscoff).



Veiller à la qualité et à la sécurité sanitaire liées aux produits de santé, aux activités de biologie médicale et à l'exercice professionnel pharmaceutique.

Dans le cadre de sa mission sécurité sanitaire, l'ARS contrôle la dispensation des médicaments et des produits de santé dans les établissements pharmaceutiques : distribution en gros (dépositaires, grossistes-répartiteurs) ; distribution au détail (officines de pharmacie) des médicaments à usage humain et vétérinaire ; structures de dispensation de l'oxygène médical à domicile ; les pharmacies des établissements de santé et des établissements médico sociaux. Elle a également instruit des demandes d'autorisation

concernant des officines de pharmacie, des distributeurs en gros de médicaments, de pharmacie à usage intérieur d'établissements de santé et de structures distributrices d'oxygène à domicile.

Enfin, l'ARS a été associée à la réflexion sur la formation des professionnels de santé et est intervenue dans les commissions sur les études de pharmacie, l'internat en pharmacie et les examens de préparateurs en pharmacie.

LE FAIT MARQUANT

2011 a été marquée par deux enquêtes importantes, l'une en début d'année demandée par l'IGAS sur l'évaluation des missions exercées par les pharmaciens d'officine et portant sur 1 % des officines de la région choisies de façon aléatoire ; l'autre demandée par la direction générale de la santé (DGS) sur la réalisation des préparations dans les officines de pharmacie et les pharmacies à usage intérieur ainsi que sur la reconstitution des spécialités en vue de leur administration (13 officines de pharmacie et 4 pharmacies à usage intérieur "PUI").

SUR LE TERRAIN

Suite au diagnostic d'un cas de tuberculose pulmonaire sur un personnel de service à l'école maternelle et élémentaire de Messac en mars 2011, **organisation du dépistage** sur les 288 enfants de l'école et les 22 adultes du personnel en lien avec le Centre anti-tuberculose (CLAT) d'Ille-et-Vilaine.

Gestion de nombreuses épidémies de gale dans les départements 35 et 22 comme celle de Tinténiac en février 2011 touchant plus de 20 enfants de la commune ayant nécessité d'organiser des réunions de coordination avec la mairie, la pharmacie, les médecins scolaires, les médecins généralistes des représentants des parents d'élèves et des professeurs.

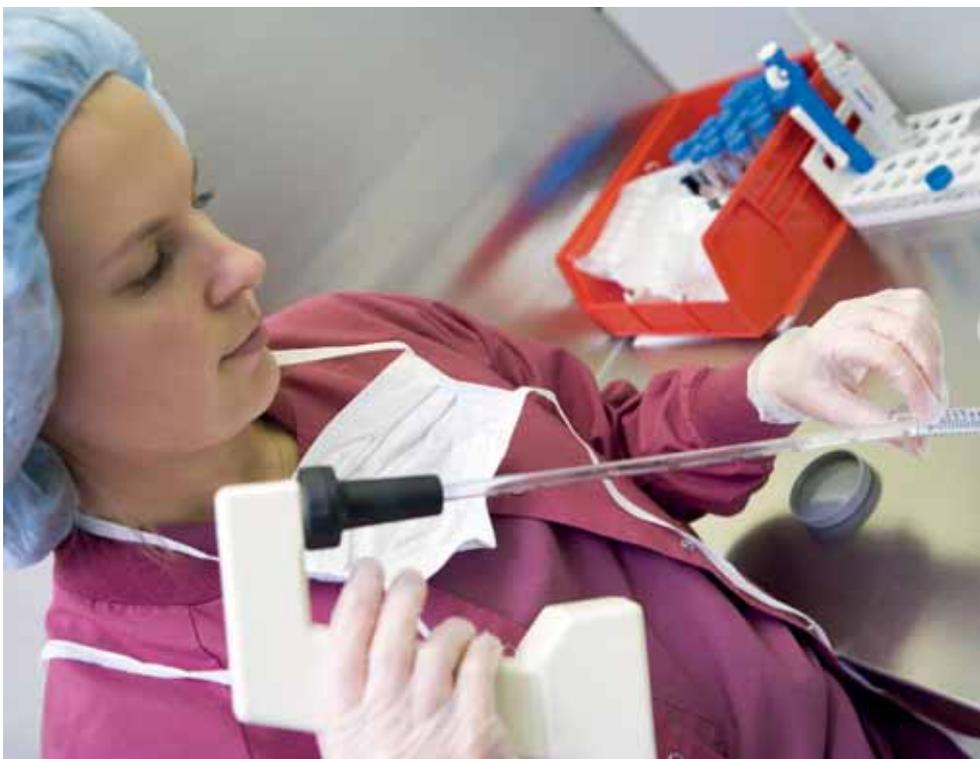
EN BREF

Un événement de portée internationale le 11 mars 2011 : accident de la centrale nucléaire de Fukushima et les conséquences des retombées radioactives au passage des masses d'air en provenance du Japon.

Deux événements régionaux : l'accident de TER à Saint-Médard-sur-Ille le 12 octobre 2011 ayant entraîné une forte sollicitation des moyens de secours, notamment hospitaliers et la mise en œuvre du dispositif d'astreinte de l'ARS Bretagne ; la tempête Joachim qui a touché les côtes finistériennes et morbihannaises la nuit du 15 au 16 décembre 2011 (présence de l'ARS en cellule de crise de la Préfecture du Finistère) et qui a engendré notamment le naufrage du cargo TK Bremen.

EN CHIFFRES

- Réception et gestion de Maladies à Déclaration Obligatoire : 1 043 signaux et 32 signaux pour 100 000 habitants
- Réception et gestion d'autres pathologies : 356 et 11 signaux pour 100 000 habitants
- Exposition environnementale : 40
- Événements indésirables survenus en établissements médicaux et médico sociaux : 154
- Autres appels reçus et régulés au CORRSi : 186
- 103 inspections programmées et 79 non programmées dans divers établissements pharmaceutiques
- 31 dossiers de demandes d'autorisation instruits



“

L'hémovigilance est l'ensemble des procédures de surveillance organisées tout le long de la chaîne transfusionnelle du donneur au receveur. À l'ARS, le coordonnateur régional recueille, analyse et transmet à l'échelon national, en temps réel, tous les dysfonctionnements qui peuvent survenir sur cette chaîne transfusionnelle, grâce à un solide maillage régional, composé des 67 établissements de santé qui transfusent et des 6 sites ETS (établissements de transfusion sanguine). Cette veille sanitaire porte également sur la disponibilité des produits sanguins grâce à l'autorisation des dépôts de sang. La formation des personnels médicaux et paramédicaux complète ces actions de sécurité sanitaire et de qualité des soins. La générosité des donateurs de sang bretons a permis en 2011 de délivrer 150 000 produits à 30 000 receveurs dans la région.

”

*Dr Marie-Claude Mérillon
Coordonnateur régional Hémovigilance*

Le pilotage interne et les services supports



5 mars
Élection du Comité d'Agence
et des délégués du personnel

Installer les instances du dialogue social

L'année 2011 a été marquée par la mise en place des instances représentatives du personnel à l'ARS suite aux élections qui se sont déroulées le 15 mars 2011. Lors de ces élections, les représentants du personnel au Comité d'Agence ainsi que les Délégués du Personnel ont été élus.

Le Comité d'Agence, installé le 25 mars 2011, a ensuite procédé à la désignation des représentants au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Dès le mois de mars, il s'est engagé à l'agence un dialogue social nourri et constructif. Le Comité d'Agence s'est réuni sept fois sur des thèmes touchant principalement la réorganisation de l'Agence et l'action sociale et culturelle. Le CHSCT, installé le 26 août 2011, s'est réuni trois fois sur des sujets relatifs aux conditions de travail.

Par ailleurs, un accord de méthode, prorogé pour un an les accords de travail locaux et les règlements intérieurs locaux, a été signé par le Directeur général et les délégués syndicaux le 30 juin 2011. À la suite de cette signature, s'est engagée la négociation sur la mise en place de nouveaux accords collectifs de travail et d'un règlement intérieur local au sein de l'ARS. Les délégués syndicaux et la Direction des ressources se sont rencontrés 5 fois sur le thème des accords locaux au cours du second semestre 2011.

“

La mise en place des instances a permis de structurer le dialogue social sur des bases légales nouvelles pour le personnel de l'ARS et ses représentants. L'agence ne se construira pas en un jour. En 2012, le dialogue se poursuit sur des thèmes tels que la réorganisation de l'ARS, les accords et règlements collectifs du travail, et des conditions de travail.

Nicole l'Eildé - Chargée de mission dialogue social

”

Assurer la logistique et la gestion patrimoniale



Au cours de l'année 2011, la réorganisation du pôle Logistique et Gestion Patrimoniale a permis de garantir la continuité de service ainsi que d'assurer à l'ARS Bretagne les moyens logistiques nécessaires à son fonctionnement et à la pérennité de son patrimoine et de ses locaux.

“

La création de l'ARS a entraîné un nécessaire regroupement des 284 agents du siège et de la Délégation Territoriale 35, alors répartis sur 8 sites, avec 15 baux et conventions associés aux locaux, en 2 sites. Plusieurs travaux étaient à prévoir avant l'installation des agents. Grâce à une bonne coopération de l'ensemble des services, la continuité du fonctionnement de l'agence entre les anciens et nouveaux sites a bien fonctionné pendant la période transitoire.

Thi Thuy Bui - Responsable du pôle logistique et gestion patrimoniale

”



Préparation de l'accueil des nouveaux arrivants par la direction des ressources

Construire une politique des ressources humaines

RECRECITER ET FORMALISER LES EMPLOIS

L'ARS emploie 421 agents (hors personnel mis à disposition). En 2011, elle a réalisé 49 embauches dont 36 collaborateurs de statut État et 13 collaborateurs sous convention collective Assurance Maladie. En accompagnement de ces mouvements, l'ARS s'est engagée, avec l'aide d'un prestataire extérieur, dans l'élaboration d'une cartographie des métiers. Elle doit permettre une lecture homogène des métiers et des activités mais aussi contribuer à la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences adaptée.

Organiser les achats et les marchés publics

Le rassemblement de l'ensemble des agents sur un même site a nécessité à la fois la résiliation d'un certain nombre de contrats faisant double emploi ou n'ayant plus d'intérêt et la mise en place des nouveaux contrats.

En ce qui concerne les marchés publics, l'agence a lancé 9 consultations en interne pour les différents services de l'ARS, a adhéré à 2 marchés en groupement de commande avec les services de l'État ainsi que la signature de 6 contrats avec la centrale d'achat public UGAP pour des prestations de ménage, maintenance téléphonie, location de copieurs, des achats de véhicules, papier, fournitures et matériel informatique.

Promouvoir l'action de l'agence dans le paysage régional

Faire de l'ARS Bretagne, le référent régional en matière d'organisation de la santé et promouvoir ses activités auprès des différents publics externes (partenaires institutionnels, politiques, grand public...), tel est l'objectif de la communication externe. À cet égard, l'année 2011 a été l'occasion de développer des actions de communication par :

- La création d'une publication ARS intitulée "La Bretagne en santé" et parution du 1^{er} numéro en novembre ;
- le lancement d'une collection intitulée "Les Études de l'ARS Bretagne" et parution du 1^{er} numéro consacré aux SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile) en novembre ;
- La création d'une version "communication" du PRS avec l'élaboration d'une synthèse et d'une version complète sous forme de livre numérique,
- l'alimentation régulière du site internet en actualités (événements, actions et projets de l'agence) et en relais également des campagnes et informations nationales ;
- La parution du STATISS Bretagne 2010 (brochure sur les statistiques et indicateurs de la santé et du social) ;
- La parution de la plaquette Environnement d'aujourd'hui, santé de demain qui dresse le bilan 2010 des missions et activités en santé environnement ;
- le développement des relations presse. Sur le dernier semestre 2011, elles ont été organisées afin d'occuper le terrain médiatique en entretenant une relation durable entre l'ARS et les journalistes ;
- l'ouverture de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS).

Assurer et pérenniser les systèmes et réseaux informatiques de l'agence

Le Département Système d'Information Interne a accompagné en 2011 tous les projets immobiliers de l'ARS tout en modernisant l'infrastructure technique régionale. Il a assuré pendant toute cette période la sécurité, la sûreté et la pérennité des systèmes et réseaux d'information et de communication de l'Agence. Il a également géré la disponibilité des ressources (500 postes de travail et serveurs) et des

applications métiers et support (70) tout en assurant la mise en œuvre du déploiement de solution technique et de développement au profit des directions métiers. En 2011, le Département a poursuivi sa régionalisation afin d'améliorer la qualité de service maintenance téléphonie, location de copieurs, des achats de véhicules, papier, fournitures et matériel informatique.

EN CHIFFRES

- Organisation de 6 conférences de presse à l'initiative de l'ARS et participation de l'ARS aux côtés d'autres partenaires à 10 conférences de presse
- Diffusion de 28 communiqués de presse
- Rédaction de 11 dossiers de presse
- La réponse aux sollicitations des journalistes (2 à 3 fois par semaine)
- Plus de 700 articles parus dans la presse écrite régionale citant ou reprenant des sujets ARS (Ouest France et le Télégramme). Au-delà de ces coupures de presse, des reportages TV/radio, les dépêches médicales et toutes les parutions dans la presse hebdomadaire présente en Bretagne. Près de 40 retombées presse directement liées à l'organisation des conférences de presse des 6 derniers mois 2011



Parution du premier numéro en 2011

Conférence de presse de présentation du Projet Régional de Santé



Renforcer la communication interne

2011 a permis de renforcer la circulation de l'information générale et de développer la communication sur la stratégie de l'Agence. Les outils de communication interne déjà existants ont été optimisés :

- l'intranet avec son ouverture automatique dès l'allumage du poste de travail, le développement de la rubrique "actualités" en mettant régulièrement des brèves d'information sur la vie interne de l'entreprise, la création de l'agenda en page d'accueil pour rendre compte des événements de la semaine. Pour compléter l'évolution de cet intranet, depuis septembre un projet de refonte totale est en cours afin d'apporter plus d'ergonomie dans la navigation et développer de nouveaux contenus (ouverture début 2012)
- l'organisation des réunions périodiques d'information et d'échange avec l'encadrement : réunions en mai et septembre
- l'organisation des cérémonies des vœux en janvier 2011, d'une assemblée générale en avril 2011, de rencontres thématiques (organisation de l'agence, présentation du PRS...).

“ Compte tenu du contexte de la création récente de l'ARS Bretagne, le schéma directeur de la communication de l'agence pour 2011 s'est appuyé sur deux orientations. En communication externe, faire de l'ARS, le référent régional en matière d'organisation de la santé en Bretagne et promouvoir ses activités auprès des différents publics externes. En communication interne : créer une culture d'agence afin de constituer un collectif de travail partageant les mêmes valeurs et donner du sens à l'action des collaborateurs et au métier exercé par chacun.

Élisabeth Lagadec - Responsable du pôle communication



LE FAIT MARQUANT

Création d'une nouvelle formule du journal interne

Réalisé par un comité éditorial composé d'agents de l'ARS, le 1^{er} numéro du journal baptisé "En Aparté" est paru le 4 novembre 2011. Au rythme de 4 numéros par an, ce journal se veut être le plus proche de la vie de l'agence et surtout des agents qui, tous les jours, contribuent par leurs actions à la santé des Bretons. Rendre compte des histoires professionnelles, des métiers, des projets, tels sont les objectifs de cette nouvelle publication.

Gérer le budget de l'agence

PRÉPARER ET CONSTRUIRE LE BUDGET DE L'AGENCE

2011 est la première année de préparation et de construction budgétaire de l'ARS. En effet, à titre dérogatoire, le budget de l'établissement pour l'exercice 2010 avait été arrêté par la tutelle compte tenu de la date de création de l'agence. Aussi, l'année 2011 a été l'occasion de renforcer et de développer les activités suivantes :

- mise en œuvre d'une démarche de cadrage et de pilotage budgétaire en lien avec l'ensemble des gestionnaires d'enveloppes concernés : préparation du budget, dialogue de gestion et notification des enveloppes arrêtées par le directeur général ;
- suivi mensuel de l'exécution budgétaire et communication périodique des éléments. À cet égard, une attention particulière a été portée sur la formalisation des tableaux de suivi de la masse salariale en lien avec la direction des ressources humaines et le service du contrôle budgétaire de la DRFIP, compte tenu des enjeux financiers s'y rattachant ;
- élargissement du périmètre des crédits d'intervention par la gestion de crédits médico sociaux : CREAI, MAIA, GEM... ;
- pilotage du réseau des utilisateurs du logiciel budgétaire et comptable (SIBC) par l'organisation de formations et de réunions d'information ;
- appui et conseil auprès des instances décisionnelles et consultatives de l'ARS : CODIR, COMEX, Comité d'Agence ;
- renforcement des échanges avec les services gestionnaires.

VÉRIFIER TOUTES LES OPÉRATIONS FINANCIÈRES

Le pôle facturier et comptable est chargé de la vérification et de la comptabilisation de toutes les opérations financières du budget propre de l'agence. Il est divisé en deux secteurs :

- secteur facturier : il réceptionne toutes les dépenses de l'ARS, et en lien avec les autres directions, les vérifie et procède à leur liquidation financière ;
- secteur comptable : il vérifie les liquidations financières au regard des contraintes comptables et les met en paiement. Il est également en charge de la gestion du compte bancaire et de la trésorerie.

Le pôle facturier et comptable est également chargé de l'émission et du recouvrement des recettes de l'agence, et de la conception du compte financier annuel. 2011 se caractérise par :

- l'uniformisation des états de frais pour tous les agents de l'ARS ;
- La formalisation du suivi des contrats, conventions, marchés dans l'application budgétaire et comptable en lien avec la direction des ressources ;
- La mise en place des auto-contrôles dans le cadre de la maîtrise des risques financiers et comptables.



EN CHIFFRES

- 5 241 factures traitées
- 5 404 dépenses comptabilisées
- 563 recettes émises

MAÎTRISER LES RISQUES FINANCIERS ET COMPTABLES

En tant que responsable de la maîtrise des risques financiers et comptables (MRFC), la direction financière est chargée de la conception des outils, de l'animation du réseau MRFC et du suivi des actions, et de l'animation du comité de gouvernance de la maîtrise des risques.

L'exercice 2011 a été consacré à :

- La poursuite du déploiement de la maîtrise des risques financiers et comptables ;
- La réactualisation, pour les processus prioritaires, des organigrammes fonctionnels nominatifs (OFN), des cartographies des risques et du plan d'action ;
- La co-signature du plan de contrôle interne (PCI) de l'agence comptable par le directeur général et l'agent comptable ;
- La communication de la MRFC, notamment à travers de la présentation du plan de contrôle interne (PCI) en CODIR ;
- La mise à jour du dossier de révision.

ASSURER LE PAIEMENT DES SALAIRES

La direction financière est chargée de contrôler les événements de paye transmis par le service ressources humaines avant leur prise en charge dans la paye et de vérifier les bulletins de salaire. Elle prépare également les déclarations fiscales et sociales au regard des restitutions des applications de paye, et constitue la déclaration annuelle des déclarations sociales (DADS).

L'année 2011 du pôle paie est marquée par les activités suivantes :

- mise en place de tableaux de restitutions de flux de paye ;
- prise en compte des codifications spécifiques à certains emplois à l'ARS (COMEX) ;

- intégration d'un agent du RSI et prise en compte du nouveau circuit de paye ;
- prise en charge en paie des indemnités allouées aux professionnels de santé (vacations) et diffusion de la procédure s'y rapportant.



“

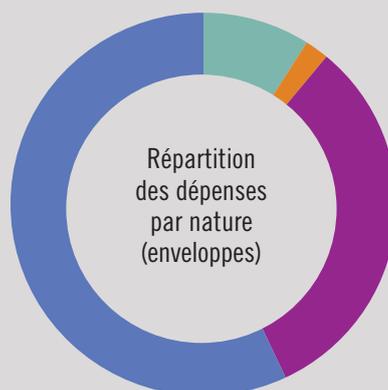
L'ARS est un établissement public administratif doté de l'autonomie financière au sein duquel pour la Bretagne l'agent comptable est également chef des services financiers. À ce titre, la direction financière apporte son expertise technique dans le cadre de la gestion budgétaire et assure un soutien juridique aussi bien auprès des services gestionnaires que des instances décisionnelles et consultatives de l'agence : COMEX, Conseil de surveillance et Comité d'Agence...

”

Fabienne Méal
Adjointe à la direction financière

LE BUDGET 2011 DE L'AGENCE EN CHIFFRES...

En 2011, les recettes de l'ARS se sont élevées à 50 855 331,11 € et les dépenses à 51 578 439,18 €.



Le taux global d'exécution des dépenses budgétaires constatées sur l'exercice 2011 est de 99 %.

L'ARS Bretagne : le siège de l'ARS de zone Ouest

Les ARS de zone (ARSZ) ont été créées par la loi HPST. La loi Fourcade renforce l'action des ARS de zone. Celles-ci deviennent les acteurs de la préparation et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles en lien avec les préfetures de zone. L'ARS de Zone Ouest coordonne sur ces missions les ARS de Haute-Normandie, Basse-Normandie, Centre, Pays-de-la-Loire et Bretagne (soit 20 départements). Elle dispose d'un service zonal de défense et de sécurité (SZDS).

Un service organisé autour de 3 modes d'action

LA PRÉPARATION, LA PLANIFICATION DE DÉFENSE ET LES INSPECTIONS/ ÉVALUATIONS

La planification de défense recouvre l'ensemble des plans sanitaires nationaux déclinés pour une mise en œuvre zonale et départementale (variole, pandémie grippale, iode...). Le plan de mobilisation zonal est le volet sanitaire du dispositif ORSEC zonal. Celui-ci recense les moyens sanitaires en vue de la gestion de crise.

L'ensemble des moyens de gestion de crise stationnés au sein de 38 établissements de santé de la Zone Ouest est contrôlé afin d'en suivre leur capacité opérationnelle : état des matériels, référentiels d'emploi et formations.

L'ARSZ dispose de l'expertise NRBC des CHU de Rennes et Rouen, établissements de santé de référence (ESR). Elle est l'interlocutrice directe de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) pour ce qui concerne l'activation des moyens nationaux et de la réserve sanitaire.

L'ARSZ harmonise et contrôle la mise en œuvre de la protection du secret de la défense nationale. Elle permet aux agents des ARS de la zone d'accéder à la main courante électronique de gestion de crise du ministère de l'Intérieur (portail ORSEC) ainsi qu'à l'annuaire de crise zonal.

ZOOM SUR

LA SÉCURITÉ SANITAIRE COMPOSANTE DE LA SÉCURITÉ DES POPULATIONS

L'organisation générale de la défense sanitaire définie dans le cadre du livre blanc de la défense et de la sécurité de 2008 recouvre deux objectifs :

- **Protéger les organismes et les installations civiles qui conditionnent le maintien des activités indispensables à la défense et à la vie des populations.**

Pour ce qui nous concerne, il s'agit des plans blancs avec leurs annexes : nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique (NRBC) et les formations spécifiques qu'ils supposent pour leur mise en œuvre.

- **Prendre en matière de protection civile, les mesures de prévention et de secours que requière en toutes circonstances la sauvegarde des populations.**

Pour ce qui nous concerne, il s'agit de l'ensemble des plans à dominante sanitaire.

La déclinaison de ces deux objectifs sanitaires est agrégée dans les dispositifs ORSEC zonal, maritime et départemental. Il s'agit de mettre à disposition de l'autorité de l'État l'ensemble des moyens humains et matériels sanitaires dont les préfets terrestres et maritimes ont besoin pour gérer la crise sanitaire.

EN CHIFFRES

- 1 colloque "Gestion de crise" regroupant les 38 directions hospitalières des établissements NRBC de la zone Ouest
- 3 plans zonaux (Pandémie grippale, NRBC, Inondations Loire)
- 1 exercice NRBC majeur avec le CHU de Tours / gare SNCF (650 participants)
- 6 inspections d'établissements de santé
- 10 formations NRBC en région pour 218 formateurs d'établissements de santé
- 4 formations "protection du secret de la défense nationale" pour les 5 ARS, les 20 délégations territoriales des ARS et les 21 établissements de santé siège de SAMU
- 503 autorisations d'accès au portail ORSEC et annuaire zonal de gestion de crise

La Veille et l'Alerte

L'ARS de zone est à l'interface des chaînes sanitaire et préfectorale. Tout événement sanitaire de portée nationale ou zonale présentant un risque pour la santé publique ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public doit faire l'objet d'un signalement à l'ARS de zone pour traitement éventuel. Le SZDS assure une astreinte H 24 en liaison notamment avec le centre opérationnel de zone (COZ - préfecture de zone).

UN FAIT COMME UN AUTRE

Parmi 662 échanges autour des alertes, le 8 février 2011 - 15h35 - appel du COZ pour une mise à disposition d'une ambulance "bariatrique" au profit du département de la Sarthe afin d'évacuer un patient de 230 kg vers le CHU de Tours. L'ambulance a été fournie par le CHU de Rennes.

19 mai

Exercice nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique (NRBC) au CHU de Brest



“

Dans la continuité de l'action qui revient à Monsieur Gautron en qualité de directeur général de l'ARS de zone ouest, une première réunion en septembre des 5 directeurs des ARS de la zone a permis d'évoquer le bilan 2011 et de programmer les projets de travaux en commun 2011/2012.

De même chaque mois une audience, avec le préfet délégué pour la défense et la sécurité, permet de rendre compte des chantiers sanitaires en cours au niveau inter-ministériel.

”

Christophe Van der Linde
Conseiller de défense et sécurité de zone

La Gestion de crise

En gestion de crise, les préfets de départements et de zone avec l'appui de l'ARSZ et des ARS peuvent activer directement les moyens des ARS ainsi que ceux des professionnels de santé. À ce titre, le plan zonal de mobilisation sanitaire permet de mobiliser, en intégrant une stratégie de déploiement adaptée, les moyens demandés mais également des expertises sanitaires les plus variées telles que celles :

- du département des urgences sanitaires du Ministère de la Santé ;
- de la logistique de l'EPRUS ;
- du laboratoire Biotox-Eaux (LERES / EHESP Rennes) ;
- des centres anti-poisons d'Angers, de Rennes et de Lille ;
- des ESR de Rennes et Rouen et de leur laboratoire L3 ;
- des SAMU de coordination médicale maritime du CHU de Brest et du CH du Havre...

La couverture des événements exceptionnels constitue par l'activation de moyens sanitaires une mise en situation de la gestion de crise. Ainsi, Le SZDS a été activé pour le G8/G17 des 26 et 27 juin 2011 à Deauville.

LE G8/G17 SUR LE TERRAIN

- 11 établissements de santé concernés pour 8 départements
- 5 modules de décontamination hospitaliers mis en œuvre (dont 160 respirateurs)
- 2 laboratoires "L3" biotox et le laboratoire zonal d'analyse de l'eau de consommation humaine mobilisé
- un plan de stockage transfusionnel mis en œuvre.

