



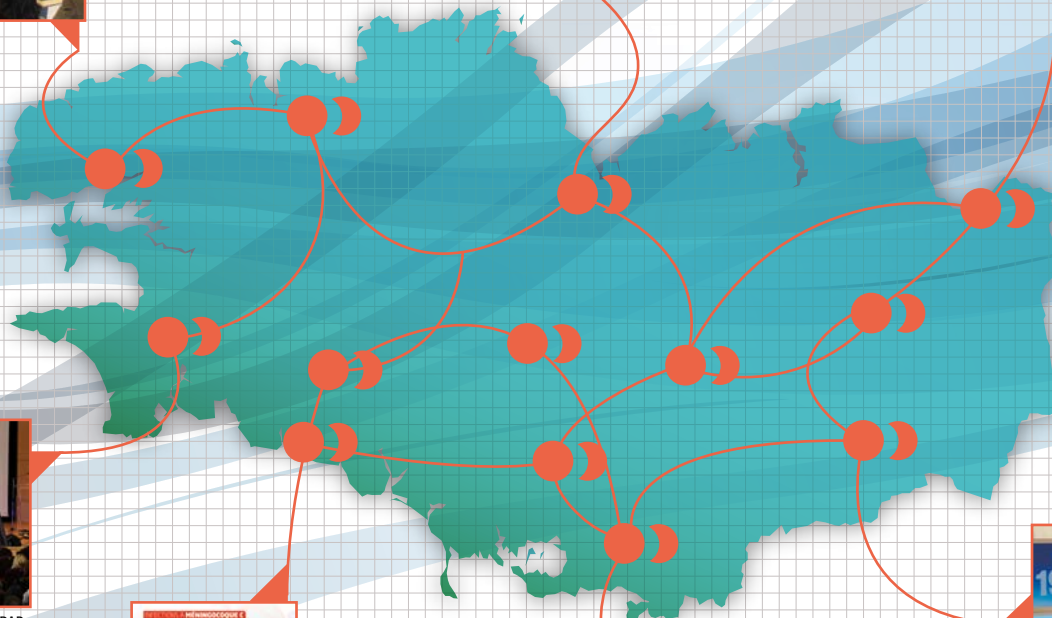
Permanence des soins ambulatoires



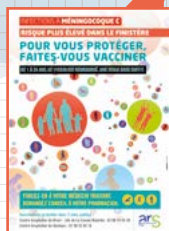
Journée coopérations hospitalières



Adoption du PRS



Rencontre qualité dans les EHPAD



Affiche vaccination



Plateau TV campagne vaccination



Exercice sauvetage Saint-Quay-Portrieux

Rapport d'activité ARS Bretagne

●● 2012

Agir ensemble pour la santé des Bretons



Éditorial



Alain Gautron

Directeur Général de l'ARS Bretagne

En externe, le fait marquant de l'année 2012 a été l'adoption du Projet Régional de Santé 2012 – 2016. Une étape importante qui a été suivie rapidement par le début de la construction des Programmes Territoriaux de Santé (PTS) pour répondre aux problématiques plus locales.

À l'heure où je publie ce bilan d'activité de l'agence et un an après la publication du PRS, je signe les 8 PTS. 12 mois de travail et d'investissement soutenu de l'ensemble des équipes de l'ARS en lien avec nos partenaires de terrain. L'adoption des programmes territoriaux de santé par les conférences de territoire témoigne également de la reconnaissance par les partenaires de ce travail collectif.

Difficile de ne pas citer également pour 2012, la mise en œuvre du cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire. Grâce à la mobilisation de près de 1 800 médecins volontaires, tous les Bretons ont désormais accès à un médecin de garde en tout lieu et sur la totalité des horaires de la permanence des soins.

Sur le plan interne, en 2012, j'ai souhaité stabiliser l'organisation de l'agence. Les 4 délégations territoriales de l'ARS ont désormais un organigramme adapté aux enjeux de la territorialisation de l'action de l'agence, fondée sur des équipes de territoire chargée de l'action et de l'animation territoriales.

Ce travail collectif, en interne comme en externe, participe de la modernisation de l'action publique en santé.

Dans le contexte des déficits des finances publiques, nous devons poursuivre en 2013 nos actions en s'assurant que nos concitoyens puissent accéder aux soins de qualité et de proximité.

Je remercie l'ensemble des collaborateurs de l'ARS qui se mobilisent chaque jour pour améliorer la santé de tous les Bretons.

Sommaire

L'ARS Bretagne pilote le système de santé en région 4

L'ARS Bretagne, 1 projet régional de santé autour de 3 orientations majeures 10

1 / Prévenir les atteintes à la santé et à la qualité de vie 10

2 / Accompagner le handicap, la perte d'autonomie et le vieillissement 16

3 / Favoriser l'accès à des soins de qualité 20

Le pilotage interne et les services supports 32

L'ARS Bretagne : l'ARS de zone Ouest pour la défense et la sécurité sanitaires 38



L'ARS Bretagne : le pilote du 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 Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen (CPOM) signé avec le Ministère de la santé et du Projet régional de santé breton (PRS). 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.

LA DIRECTION DE LA STRATÉGIE ET DES PARTENARIATS comprend trois directions adjointes :

- la direction adjointe en charge de la démocratie sanitaire et de la communication ;
- la direction adjointe en charge de la stratégie et des projets ;
- la direction adjointe en charge des professions de santé et des cadres en établissements.

... et quatre missions spécifiques :

- la mission inspection-contrôle ;
- la mission CPOM ;
- la mission expertise juridique ;
- 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 ambulatoires, hospitalier et médico-social. Dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé, elle gère les schémas sanitaire et médico-social dans le cadre du Projet Régional de Santé.

Elle comprend trois directions adjointes :

- la direction adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs ;
- la direction adjointe de l'offre hospitalière ;
- la direction adjointe de l'offre médico sociale.

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 ;
- la direction adjointe prévention et promotion de la santé ;
- la direction adjointe santé environnement.

LA DIRECTION DES FINANCES / AGENCE COMPTABLE assure l'ensemble des activités budgétaires et comptables de l'agence.

LA DIRECTION DES RESSOURCES définit la politique globale de gestion des ressources humaines de l'agence. 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'agence.

LES DÉLÉGATIONS TERRITORIALES assurent un ancrage territorial de proximité dans les Côtes d'Armor, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan.

STABILISER L'ORGANISATION INTERNE DE L'AGENCE

L'année 2012 a été une année particulièrement importante quant à la stabilisation de l'organisation interne de l'ARS. Pour rappel, le projet engagé en 2011 poursuivait deux objectifs :

- territorialiser l'organisation des délégations territoriales grâce à la création des postes de coordonnateurs de territoires (prise de fonctions au 1^{er} décembre 2011) et la constitution d'équipes de territoire ;
- approfondir l'organisation des relations siège/DT et stabiliser ainsi l'organisation du siège.

Les 8 coordonnateurs de territoires



Territoire N° 1
Jean-Paul Mongeat



Territoire N° 2
Gwenola Prime-Cotto



Territoire N° 3
Claire Muzellec-Kabouche



Territoire N° 4
Martine Galipot



Territoire N° 5
Corinne Foucault



Territoire N° 6
Isabelle Gélébart



Territoire N° 7
Geneviève Bournonville



Territoire N° 8
Marie Gestin

LE FAIT MARQUANT

Une organisation identique pour les 4 délégations territoriales

2012 a permis de stabiliser un organigramme au sein de chaque délégation territoriale. Deux départements ont été définis :

- **département veille et sécurité sanitaires et environnementale** composé de deux pôles : Pôle Veille et sécurité sanitaires ; Pôle santé environnement ;
- **département action et animation territoriale** composé de deux équipes (1 par territoire de santé).

Cette réorganisation a fait l'objet d'un accompagnement individualisé de tous les agents, pour lesquels une modification substantielle de leur fiche de poste avait été nécessaire, afin de s'assurer de leur requalification effective (15 personnes concernées). Chaque délégation territoriale dispose donc aujourd'hui d'une organisation adaptée aux enjeux de la territorialisation de l'action de l'agence à travers les équipes de territoire et le maintien malgré tout de référents domaines sur chacun des champs de compétence de l'ARS (hospitalière, ambulatoire, médico social, prévention). La réorganisation des délégations territoriales a aussi concerné les personnes affectées sur des fonctions ressources qui se trouvent intégrées dans une organisation centralisée au niveau régional sur le plan ressources humaines et matérielles.

Afin d'accompagner l'ensemble de ces réorganisations, l'année 2012 a été mise à profit pour finaliser l'ensemble des fiches de postes des agents des DT et préciser ainsi les activités de chacun suite à cette réorganisation d'ampleur. Ce chantier colossal a été conduit avec l'association du personnel concerné de septembre à décembre 2012.



Isabelle GÉLÉBART,
coordonnatrice
du territoire n° 6,
Délégation
Territoriale
d'Ille-et-Vilaine

“ Le coordonnateur de territoire a vocation à maîtriser plusieurs domaines de compétence de l'Ars (prévention promotion de la santé, ambulatoire, hospitalier, médico-social) afin d'en faire prévaloir une approche transversale. Sur le terrain, cela doit permettre notamment la mise en cohérence des interventions menées par des acteurs de champs différents. En 2012, le chantier principal fut l'élaboration des programmes territoriaux de santé. La charge de travail en phase d'élaboration a été lourde mais cela a permis de donner corps à l'animation territoriale et cela s'est avéré être passionnant. ”



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 de l'accompagnement médico-social ; 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.

ZOOM SUR

Les débats publics

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) organise annuellement un débat public sur les questions de santé de son choix. Dans ce cadre, **le thème retenu pour l'année 2012 « Education ou accompagnement thérapeutique : de quoi parle-t-on ? »** a permis de mettre en lumière les enjeux éthiques et sociétaux liés aux pratiques professionnelles de l'éducation et accompagnement thérapeutique du patient. Après une présentation du débat lors de la séance plénière de la CRSA au centre héliomar de Plérin le 28 juin 2012, les débats publics ont été déployés dans les quatre départements bretons. Organisés dans des lieux de formation (EHESP, IHSI, Faculté de médecine) et faisant intervenir autour de la table ronde des représentants de l'ensemble des acteurs du système de santé breton, les débats ont permis de sensibiliser environ 400 usagers et professionnels. Grâce aux retours positifs des participants, la CRSA a souhaité poursuivre cette opération pour l'année 2013 en choisissant le thème de la Télémédecine.

Anne-Laure GILET,
assistante de coordination,
Pôle des instances et relations
avec les usagers



“ Cette année, le thème du débat retenu par le CRSA portait sur l'éducation ou l'accompagnement thérapeutique (ETP), en particulier ses enjeux éthiques et ses objectifs. Organisés dans des lieux porteurs, les débats de 2012 nous ont permis de réunir une centaine de personnes par débats et de soulever des points essentiels à développer dans les futurs programmes d'ETP : l'enjeu éthique d'un meilleur échange praticien/patient, la formation des professionnels à l'ETP y compris en ambulatoire et une meilleure information des usagers sur les programmes d'ETP existants. ”



Organigramme général

Au 31 décembre 2012, 438 agents travaillent à l'ARS Bretagne.



Les membres du CODIR

De gauche à droite :
- quatrième rang : Jean-Marc Di Guardia, Dominique Penhouët
- troisième rang : Hervé Goby, Pierre Le Ray, Eric Fourrier, Stéphanie Farge, Thierry De Laburthe
- second rang : Stéphanie Horala, Antoine Bourdon, Jean-Michel Doki Thonon, Anne-Yvonne Even, Aurélie Bodet, Pierre Bertrand, Julie Courpron, Dr Pierre Guillaumat
- premier rang : Bénédicte Simon, Nathalie Le Formal, Alain Gautron, Annick Vivier, Marine Chauvet



Les assistantes des directeurs COMEX
De gauche à droite : Marie-Annick Ducloyer, Sandrine Boulais, Frédérique Suzanne, Céline Etienne

Mettre en œuvre de façon décloisonnée et territorialisée le Projet régional de santé (PRS)

EN BREF

Réalisation d'un film sur la territorialisation de la politique régionale de santé

La mise en œuvre de la politique de santé de l'agence se fera, dès 2013, de manière territorialisée sur chacun des 8 territoires de santé, au travers des PTS. Pour rendre compte des objectifs et des enjeux de cette territorialisation et des bénéfices de la démarche pour les acteurs et la population, l'ARS Bretagne a souhaité un outil pédagogique. C'est ainsi qu'est née l'idée d'un film. Ce support audiovisuel de 10 minutes rend compte de la politique de santé sur les territoires à travers de nombreux interviews et témoignages.

Visualiser le film sur le site internet de l'ARS Bretagne : www.ars.bretagne.sante.fr

LE FAIT MARQUANT

La Publication du PRS

Les travaux d'élaboration du projet régional de santé (PRS) ont débuté à l'été 2010 et se sont achevés en février 2012 par la clôture de la phase de concertation lancée le 4 novembre 2011. Le cadre réglementaire prévoit en effet que le PRS soit soumis pour avis à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), au Préfet de Région, aux Conseils Généraux, au Conseil Régional ainsi qu'aux conseils municipaux. Le Directeur Général de l'ARS a néanmoins souhaité que cette concertation ne se limite pas aux insti-

tutions précitées, mais soit élargie à l'ensemble des acteurs du système de santé.

À l'issue de la concertation et une fois les demandes de modifications issues de la concertation intégrées à la version définitive du PRS, celui-ci a été signé le 9 mars 2012 par le Directeur Général de l'ARS et publié le 13 mars 2012 au recueil régional des actes administratifs. Il vient ainsi définir la politique régionale de santé pour les cinq prochaines années (2012-2016), dans les champs de la prévention, du sanitaire et de l'accompagnement médico-social.



Séance de la CRSA à l'issue de laquelle le PRS a été adopté.

Élaborer les Programmes Territoriaux de Santé (PTS)

L'ARS Bretagne a décidé que la mise en œuvre du PRS se fera notamment via les programmes territoriaux de santé (PTS), à l'échelle de chacun des huit territoires de santé. Afin de décliner la politique régionale au plus près des besoins des territoires et en partenariat avec les acteurs de terrain, les PTS sont co-construits par les conférences de territoires et par les délégations territoriales de l'ARS. Les enjeux de ces programmes sont de parvenir à une mise en œuvre territorialisée et décloisonnée de la politique régionale de santé et de fluidifier le parcours de santé du patient.

Le PRS arrêté en mars 2012 a défini la structuration de chacun des 8 PTS. Chaque programme contient 7 thématiques communes, ainsi que des thématiques choisies par les territoires en fonction de leurs spécificités. L'objectif est de construire les PTS selon une méthode participative, afin qu'ils soient la synthèse de l'ascendant (projets émergents des territoires) et du descendant (orientations et recommandations régionales prévues au PRS afin de respecter une cohérence PTS - PRS). L'élaboration des PTS s'achèvera au premier trimestre 2013.



Direction adjointe de la démocratie sanitaire

*De gauche à droite :
- second rang : Cécile Solier, Elodie Le Poupon, Katia Cannesan, Salima Taymi
- premier rang : Chloé Bateau, Anne-Laure Gilet, Thierry De Laburthe*

Promouvoir les contrats locaux de santé (CLS)

En 2012, l'ARS Bretagne a poursuivi son travail en partenariat avec les collectivités territoriales en s'engageant dans de nouveaux CLS. Cet outil, créé par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, permet de mettre en œuvre le projet régional de santé sur des territoires (Pays, communautés de communes, grandes villes) jugés prioritaires en raison, par exemple, d'indicateurs de santé défavorables, d'une sous-dotation en professionnels de santé ou encore car il s'agit de territoires de la politique de la ville (ZUS).

Après un premier CLS signé en 2011, l'ARS en a conclu un nouveau avec le Pays du COB.



Pierre LE RAY,
directeur de la Délégation
Territoriale du Morbihan

Le CLS de Belle-Île répond à la demande des élus de l'île d'obtenir un diagnostic santé sur le territoire (sanitaire et médico-social) ainsi que l'analyse des besoins de soins de la population. Il est ressorti du plan d'action une volonté de répondre à des problématiques à fort enjeu, telles qu'une meilleure organisation de l'offre de soins libérale en lien avec l'hôpital et l'implication des professionnels de santé dans les parcours de santé, notamment celui des personnes âgées. Le CLS renforce également l'intervention des acteurs dans le champ de la prévention, particulièrement pour les risques dont les indicateurs sont très défavorables (suicides et addictions).

ZOOM SUR

La signature du CLS avec le Pays du COB

Le contrat local de santé entre l'ARS et le Pays du Centre Ouest Bretagne (COB) a été signé le mercredi 27 juin 2012. L'originalité de ce CLS est d'avoir comme cosignataire le Conseil Général des Côtes d'Armor, premier conseil général à signer un CLS. Ce fait marque une avancée vers une collaboration mieux maîtrisée sur le champ partagé du médico-social avec les conseils généraux.

Le CLS vient compléter les actions déjà engagées par le passé par le Pays du COB. Il renforce la dynamique existante sur le Pays et définit une stratégie d'intervention adaptée aux besoins du territoire. Les actions inscrites au CLS permettront :

- de réduire les difficultés d'accès aux soins, en rendant le territoire suffisamment attractif pour les professionnels de santé ;
- de renforcer, en matière de prévention, les actions de promotion de la santé et de prévention pour les problématiques de souffrance psychique, de suicide et de conduites addictives ;
- d'apporter des réponses aux points de rupture du parcours de vie des personnes handicapées (développement des places de centres d'accueil médico-psychologiques, le développement de places d'accueil de jour, etc.).



Développer des relations partenariales

La concertation élargie installée dans le cadre de l'élaboration du PRS constitue aujourd'hui un principe d'actions de l'ARS Bretagne. Des rencontres se sont ainsi tenues régulièrement avec les acteurs institutionnels, les présidents des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), les fédérations hospitalières et du secteur médico-social, le Conseil Régional mais également avec les présidents des 4 Conseils Généraux de Bretagne. Ces rendez-vous annuels ont permis d'aboutir à la rédaction d'une convention cadre sur l'organisation des relations de travail entre les Conseils Généraux et l'ARS Bretagne. Des rencontres bilatérales sont également organisées avec chaque département.



La première rencontre des parlementaires s'est tenue le 23 novembre 2012, à l'invitation du Directeur général de l'ARS. Ce moment fut l'occasion de présenter aux sénateurs, députés et députés européens, l'agence et les actions menées sur le territoire breton en matière de santé. Deux prochains rendez-vous sont d'ores et déjà planifiés en 2013.

LE FAIT MARQUANT

La journée d'information sur les CLS

Une matinée d'information sur les contrats locaux de santé (CLS), à destination des élus et des acteurs du système de santé, a été organisée le 20 juin 2012. Elle a rassemblé plus de 250 personnes et s'est déroulée notamment en présence du Directeur Général de la Santé (DGS) et du Sénateur Jean-Luc Fichet (en charge d'un rapport destiné à formuler des recommandations pour mettre fin aux déserts médicaux). Cette manifestation a été l'occasion d'échanger sur la finalité d'un CLS et d'élaborer des éléments de doctrine partagés sur le contenu de celui-ci. Le Dr Jean-Yves Grall, Directeur général de la santé, a souligné le rôle de l'Agence dans le déploiement de cet outil : « les ARS catalysent les énergies positives existantes et bâtissent avec elles les Contrats Locaux de Santé ». Les représentants d'un certain nombre de collectivités ont, à cette occasion, pu préciser leurs motivations au moment d'engager un tel projet, détailler les bénéfices attendus et pointer les écueils rencontrés. Tous ont souligné l'indispensable soutien, méthodologique et financier, de l'ARS Bretagne.



Depuis cette manifestation, des collectivités ont contacté l'ARS afin de s'engager dès 2013 dans un projet de CLS : Pays du Trégor Goëlo, Pays de Redon Bretagne Sud, le Pays de Guingamp, le Pays de Plœrmel...

L'ARS Bretagne, 3 orientations majeures

1 / Prévenir les atteintes à la santé et à la qualité de vie

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. Protéger la santé des populations actuelles et des générations futures, est une autre priorité de l'ARS en termes de prévention santé environnement. 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.

Enfin, 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. Le champ d'intervention de cette mission recouvre tous les risques liés aux activités de soins (maladies nosocomiales, dysfonctionnement dans l'organisation des soins...), aux produits consommés (produits alimentaires et produits de santé) et aux milieux de vie (eau, air, sols).

Soutenir les actions et dispositifs en matière de santé publique

En 2012, 215 actions ont été financées pour un montant de 1 307 616 euros. Afin de démultiplier, sur le terrain, les actions en faveur de la prévention et de la promotion de la santé, l'ARS Bretagne propose chaque année des appels à projets. En 2012, ils ont porté sur 6 thématiques : la santé des personnes en situation de précarité, les conduites addictives, la santé mentale et le suicide, la nutrition, la lutte contre l'obésité, la vie sexuelle et affective.

Ce dispositif a permis de soutenir 215 initiatives. Une manière de déployer l'action de l'ARS Bretagne vers un plus grand nombre d'opérateurs : des structures moins importantes mais dont les actions intègrent parfaitement les enjeux de santé publique bretons.



**Direction adjointe de la prévention
et promotion de la santé**

De gauche à droite :
Nadine Cambla, Jacqueline Hellier, Adrian Mohanu, Myriam Racapé,
Stéphanie Farge, Audrey Apert

Le Parcours d'Activités Santé Séniors (PASS) : prévenir les risques chez les personnes âgées en établissement

La population bretonne augmente et vieillit. Les bienfaits des activités physiques et sportives chez les séniors, actifs ou en situation de sédentarisation ou de fragilité, ne sont plus à démontrer. Elles favorisent le maintien des capacités et préviennent la perte d'autonomie. Dans ce contexte, un appel à candidatures a été lancé en mars 2012 par l'ARS Bretagne et différents partenaires*, pour l'organisation et la structuration d'une offre d'activités physiques et sportives adaptée aux personnes âgées en établissements, au travers de l'installation d'un « Parcours d'Activités Santé Séniors » (PASS). Ce parcours santé, conçu par le Dr Trégaro de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), est composé d'une suite d'exercices qui vont solliciter et stimuler différemment les capacités physiques et cognitives de la personne âgée. Le parcours s'organise autour de 10 agrès et d'un jardin sensoriel. 32 établissements, répartis sur les 8 territoires de santé bretons, ont été retenus et ont reçu un financement pour la construction d'un PASS.

* La préfecture de région, la DRJSCS, la CARSAT.

LE FAIT MARQUANT

Education Thérapeutique du Patient (ETP) : recherche de qualité des programmes inscrits dans le parcours de soins du patient

Au cours de l'année 2012 plusieurs actions ont été mises en œuvre avec pour objectif de développer une ETP de qualité.

11 nouveaux programmes ont été autorisés en 2012, ce qui porte pour la région Bretagne une offre de 214 programmes d'ETP. Les principales pathologies les plus représentées sont en priorité les maladies cardiovasculaires (44), le diabète (43) et les maladies respiratoires (31).

Une enquête sur le suivi de l'activité des programmes autorisés a permis d'avoir une meilleure visibilité sur les pratiques en ETP et de définir des priorités en matière de financement disponible.

Un soutien au développement de la mise en place de coordination des programmes en intra hospitalier et de dispositif entre la ville et l'hôpital a été retenu. 114 programmes portés par les établissements hospitaliers de la région et 12 programmes portés par des réseaux de santé et des associations ont fait l'objet d'un conventionnement au titre d'un financement de leur activité d'ETP sur l'enveloppe Fonds d'Intervention Régional.

Le montant du financement au titre de l'ETP pour 2012 est de 1 887 500 €. À ce budget, il y a lieu d'ajouter le financement de l'ETP développé par les réseaux de santé.

Prévenir les conduites addictives : une priorité

LE FAIT MARQUANT

Tableau de bord addiction

Les conduites addictives constituent une priorité forte de santé publique pour les institutions régionales. Elles sont la principale cause de mortalité prématurée en Bretagne et ont un impact sanitaire, social, individuel et collectif important. C'est pourquoi la Région Bretagne, la Préfecture d'Ille-et-Vilaine et l'ARS Bretagne ont souhaité développer un tableau de bord sur les addictions en Bretagne, à destination des professionnels et des associations des domaines de la prévention, du médico-social et du sanitaire. Ce nouvel outil vise à faciliter une approche plus transversale de la problématique des addictions. Il a pour objectif de répondre aux questions suivantes : « Quelle est la réalité des comportements d'addictions dans notre région ? Quelles sont les conséquences sur la santé des bretons ? Quels dispositifs pour accompagner les victimes et leur entourage ? Où trouver les structures et les professionnels qui mettent en œuvre les politiques publiques ? ».



Docteur Florence TUAL,
coordonnatrice régionale
addictions, Délégation
Territoriale du Morbihan

« Un tableau de bord addiction annuel existait depuis 2007. Suite à son évaluation, le nouveau tableau de bord rassemble les données concernant les conduites addictives et leurs conséquences, les mets en perspectives évolutives et les illustre à travers des points de vue de professionnels bretons. Sa parution s'effectuera tous les 3 ans et sera approfondie sous forme de fiches thématiques. Ce tableau de bord se veut un outil partagé pour adapter les stratégies de prévention et de prise en charge des conduites addictives, enjeu capital pour la Bretagne. »

ZOOM SUR

La campagne prévention alcool

La consommation excessive d'alcool chez les jeunes questionne les institutions publiques. En ce sens, la ville de Rennes, la Préfecture et l'ARS se sont mobilisées à la rentrée 2012 pour communiquer en direction des jeunes. Le slogan retenu fut : « Trinquons sans saouler les autres ! Moins d'alcool, plus de plaisirs ». Sur un ton direct, décalé et non moralisateur, il s'agit de délivrer aux jeunes un message de responsabilité fondé sur le respect de soi et d'autrui et de valoriser une consommation modérée d'alcool, où la convivialité et l'esprit festif sont privilégiés.

Des dépliants et des affichettes ont été mis à disposition dans les lieux fréquentés par les étudiants. Un travail a aussi été engagé avec les cafetiers, afin de diffuser des affiches et sous-bocks dédiés à la campagne. Dans le même temps, un appel à projet invitait les jeunes à proposer leur interprétation du slogan sur le support de leur choix a été lancé et sera valorisé dans la perspective de la campagne de rentrée 2013.



« Notre région se distingue en particulier pour les problèmes de consommation chez les jeunes bretons : 39 % déclarent des ivresses répétées, soit le taux le plus important de France (moyenne nationale de 25.6 %). La campagne de sensibilisation s'inscrit dans une démarche globale menée par la ville de Rennes depuis plusieurs années, à laquelle l'ARS a été associée. Ses objectifs : réduire les risques liés à l'alcoolisme, en répondant au principe de « moins d'alcool et plus de plaisirs », sans être moralisateur. Un des axes stratégiques pour sensibiliser les jeunes est de saisir toutes les opportunités de créer un dialogue avec les professionnels de santé, mais la prévention joue un rôle fondamental en amont. »

Docteur EPAILLARD, médecin inspecteur de santé publique
à la Délégation Territoriale d'Ille-et-Vilaine

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

Protéger la santé des populations actuelles et des générations futures, telle est la priorité de l'ARS en termes de prévention santé environnement. 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.



Publication du 1^{er} bilan sanitaire régional : « Environnement d'aujourd'hui, santé de demain »

En cinq grands thèmes et une trentaine de pages, ce document met en lumière quelques-unes des missions menées par l'ARS en santé environnement pour prévenir et gérer les risques sanitaires dans différents milieux. Constituant un véritable bilan sanitaire de la région, il se présente sous forme d'un dossier avec des fiches thématiques regroupées selon les cinq axes d'intervention de l'ARS : eaux destinées à la consommation humaine, eaux de loisirs, air et impacts des activités humaines, urbanisme habitat et santé, promotion de la santé environnementale. Diffusé auprès des principaux partenaires, il est également disponible sur le site de l'ARS.

LE FAIT MARQUANT

Lancement du renouvellement du marché public relatif aux prélèvements et analyses du contrôle sanitaire des eaux

2013 est l'année du premier renouvellement du marché public des eaux en Bretagne. Le choix du ou des laboratoires agréés incombe à l'ARS qui doit pour cela réaliser un appel à candidature (article L. 1321-5 du code de la santé publique). Une équipe réunissant la direction adjointe Santé Environnement et le pôle Achats et Marchés Publics a, au cours de l'année 2012, travaillé sur l'élaboration des différentes pièces

du marché puis à l'analyse des offres. D'une durée de quatre ans, ce marché sera attribué au cours du premier trimestre 2013. L'ARS est chargée du contrôle des usages sanitaires de l'eau et notamment de la vérification de sa qualité, conformément au code de la santé publique. À cet effet, elle établit un programme d'analyses qui fixe, pour les installations situées sur les quatre départements de la région Bretagne, les lieux de

prélèvement des échantillons d'eau, le type et le contenu des analyses, ainsi que leur fréquence. Par référence aux dispositions du code de la santé publique, les usages sanitaires concernés sont les eaux destinées à la consommation humaine (eaux fournies par un réseau de distribution ainsi que les eaux de source et les eaux rendues potables par traitement et conditionnées) et les eaux de loisirs (piscines et baignades).

ZOOM SUR

La qualité des eaux en 2012

- Les résultats du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine confirment une situation satisfaisante avec notamment un taux de conformité de 99,6 % pour les paramètres microbiologiques ; 99,9 % et 98,5 % de la population qui est respectivement desservie par une eau répondant aux exigences de qualité pour les nitrates et les pesticides.
- Les résultats des analyses microbiologiques des eaux de baignade font apparaître une qualité satisfaisante avec 97,5 % des baignades contrôlées conformes. En effet, sur 561 plages surveillées et 30 sites en eau douce, seulement une quinzaine a été impactée par des contaminations résiduelles.

EN BREF

PRSE : mise en place d'un co-financement ARS-DREAL confortant l'appel à projets

En 2012, l'appel à projets PRSE a été conforté par la mise en place d'un co-financement entre l'ARS et la direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement. 17 projets, portant notamment sur l'environnement intérieur, le jardinage au naturel, l'alimentation, l'urbanisme, etc., ont pu être financés dans ce cadre. Ils s'adressent aussi bien au grand public qu'à des populations spécifiques (professionnels de santé, enfants, adolescents, femmes enceintes, asthmatiques, personnes en situation de précarité...).

Pour en savoir plus sur le PRSE : www.prse-bretagne.fr

EN CHIFFRES

- 612 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 pieds de loisirs).
- 40 enquêtes environnementales réalisées suite à des déclarations de légionellose.
- 859 avis sanitaires émis (urbanisme, installations classées...).
- 35 arrêtés d'insalubrité.
- 13 sites de captage d'eau destinée à la consommation humaine correspondant à 22 ouvrages ont bénéficié d'une protection établie par arrêté préfectoral.

LE FAIT MARQUANT

Radon : colloque national à Rennes et lancement d'une importante action de prévention sur le territoire de Concarneau Cornouaille Agglomération

La Bretagne fait partie des régions françaises les plus exposées au radon. Or, la sensibilisation de la population sur ce risque, initiée depuis plus de 15 ans en Bretagne, se heurte à de nombreuses difficultés. En ce sens, un colloque national sur le thème du radon a été organisé à Rennes le 20 mars 2012. Cette journée, intitulée « Habitat sain et radon : comment agir au niveau local », co-organisée par la Direction générale de la santé, l'ARS Bretagne et l'Institut National du Cancer, avait pour objectif de sensibiliser les collectivités locales et les associations à cet enjeu de santé publique.

Cette journée a réuni plus de 150 personnes et a été particulièrement appréciée des intervenants et des participants. L'expérience menée par la CLCV (Consommation, Logement, Cadre de Vie) du Finistère pour sensibiliser la population sur le territoire de Concarneau Cornouaille Agglomération a été exposée. Bénéficiant du soutien de l'institut du cancer (INCA), elle s'inscrit pleinement dans le Programme régional santé environnement (PRSE).



Claudine NOYON,
technicien sanitaire
à la Délégation Territoriale
du Finistère

“ Le radon est un gaz d'origine naturelle radioactif, cancérigène, omniprésent en Bretagne. Le Finistère est une zone à forte exposition au radon ; en 2011, plus de 16 % des établissements recevant du public (ERP), notamment les établissements d'enseignement et sanitaires et sociaux, avaient un taux de radon supérieur au seuil national de précaution (400 Bq/m³). En parallèle des ERP, une campagne de mesures de radon dans l'habitat privé est entreprise sur le territoire de Concarneau Cornouaille Agglomération (9 communes). Ces mesures s'effectuent en lien avec l'association « Consommation Logement et Cadre de Vie (CLCV) » du Finistère, l'institut du cancer (INCA), la DGS et l'Autorité de Sûreté Nucléaire.



Organiser la veille et la sécurité sanitaires

Après une année de consolidation de l'organisation de la mission veille et sécurité sanitaires au sein de l'agence, 2012 a permis de conforter le rôle de l'ARS en tant que véritable observatoire permanent de l'état de santé des populations.

De gauche à droite :
Thierry Demarquet, Juan-Francisco Santistevé,
Pierre Guillaumot, Céline Laviolle, Didier Huguenet,
Donavine Nimubona, Vincent Sevaer
- premier plan : Élisabeth Monnier

Cellule de veille, d'alerte
et de gestion sanitaire (CVAGS)



Dr Walid DAOUD, médecin et **Didier HUGUENET**,
infirmier à la cellule de veille, d'alerte et
de gestion sanitaire

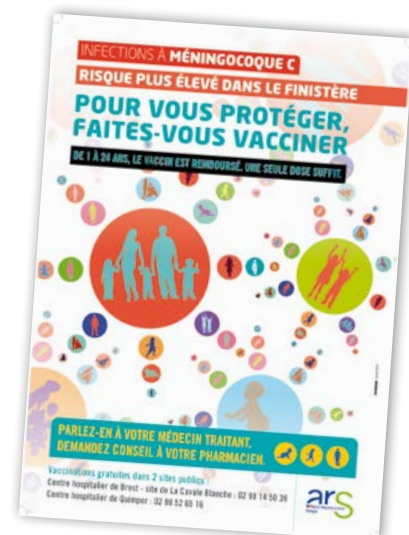
“ La cellule de gestion de veille et d'alerte sanitaire a pour mission régalienne de surveiller les maladies transmissibles et les signaux apparents ou significatifs pouvant avoir un impact sur la santé publique ou être à l'origine d'épidémie. Pour cela, nous devons couvrir de manière constante les quatre départements avec une répartition en 2 pôles que sont le 22 et le 35 d'une part et le 29 et le 56 d'autre part. Une permanence médicale et infirmière est assurée à cet effet, qui intervient en lien avec tout un réseau de partenaires dont la CIRE. Durant ces trois dernières années, il n'y a pas eu de crises majeures à noter.



LE FAIT MARQUANT

La campagne finistérienne de promotion de la vaccination contre le méningocoque C

En septembre 2012, une alerte a été émise suite au constat de la survenue d'une augmentation 7,7 fois supérieure, par rapport à l'incidence nationale, de cas d'Infection Invasive à méningocoque C dans le département du Finistère. Les informations fournies par le Centre National de référence ont montré qu'il s'agissait d'un même clone, témoin de son installation dans ce département. En parallèle, les données montraient une couverture vaccinale très insuffisante dans ce département comme d'ailleurs pour le reste de la Bretagne et la France. Suite à sa saisine, le Haut Comité de Santé Publique a émis en octobre un avis recommandant dans le Finistère d'intensifier, en conformité avec le calendrier vaccinal, la promotion de la vaccination anti méningocoque C, non seulement pour les 1-24 ans, mais aussi de manière transitoire pour les enfants de 2 à 11 mois. Le lancement du plan d'action de cette campagne de promotion a débuté fin octobre 2012. La mise en place d'un suivi hebdomadaire de la distribution des vaccins va permettre d'évaluer l'impact de cette campagne de promotion.



Prévenir et gérer les Infections Respiratoires Aigües (IRA) et les Gastro Entérites Aigües (GEA) dans les établissements pour personnes âgées



Cellule de l'INVS en région Bretagne

De gauche à droite :
Dr Alain Briand, Rémi Demillac, Christelle Juhel, Marlène Faisant,
Dr Bertrand Gagnière, Yvonnick Guillois

Les personnes âgées sont plus sensibles aux infections et les infections sont plus graves chez les personnes âgées. Le risque infectieux est accru par la vie en collectivité et la multiplicité des intervenants. L'ARS a donc décidé, en application de la circulaire du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico social, de mettre en œuvre un système de surveillance des Infections Respiratoires

Aiguës (IRA) et des Gastro Entérites Aiguës (GEA) dans les 472 Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de la région Bretagne.

Les actions suivantes ont pu être réalisées :

- intervention sur cette thématique aux journées MOBIQUAL en juin 2012, dans chacun des 4 départements bretons ;

- production d'outils d'aide et mise à disposition de tous les EHPAD (fiches d'auto surveillance, de signalement, algorithmes, fiche d'information sur les TDR, etc.), en novembre 2012 ;
- mise en place d'un comité de pilotage pour évaluer les outils et le dispositif en décembre 2012 ;
- appui des établissements à chaque signalement d'une épidémie d'IRA ou de GEA en EHPAD par la CVAGS et si nécessaire l'ARLIN depuis octobre 2012.

ZOOM SUR

La gestion d'une épidémie de syndrome hémolytique et urémique (SHU) au centre multi accueil de Lanester

Le 5 novembre 2012, une pédiatre travaillant dans un centre multi accueil (crèche) de Lanester signale à l'InVS la survenue sur une période de 15 jours de 3 cas de Syndrome Hémolytique Urémique dû à un E. Coli entero-hémorragique. Cette structure accueille 96 enfants âgés de 2 mois à 3 ans et emploie 41 personnes.

La CVAGS en lien avec la CIRE met alors en place une série de mesures visant à investiguer puis limiter la propagation de cette épidémie et enfin à l'éradiquer. Néanmoins, les nombreuses incertitudes scientifiques concernant cette pathologie (durée du portage, définition de sujets

contacts, etc.) ont rendu la gestion de cette épidémie très chronophage et particulièrement complexe, en particulier pour l'équipe de la Cellule de Veille Alerte et Gestion Sanitaires (CVAGS) compétente sur Quimper. Elle a dû gérer l'envoi des coprocultures vers des laboratoires spécialisés, le rendu et le suivi des résultats vers les familles. Enfin, elle a dû assurer la communication vers les médecins traitants, les familles, le personnel, la mairie et la presse. Au total, en plus des 3 cas, 6 enfants ont eu des prélèvements positifs, dont 3 asymptomatiques. Parmi les contacts familiaux des cas, 3 sont revenus positifs.

Répondre 24h/24 aux situations sanitaires urgentes

La continuité de réponse aux menaces sanitaires implique l'organisation et la mise en œuvre d'un dispositif d'astreinte. Assurant le relais avec la permanence organisée en période ouvrée (lundi au vendredi de 8h30 à 18h) par le centre opérationnel de réception et de régulation des signaux, l'astreinte est assurée par une équipe pluridisciplinaire composée de :

- cadres administratifs (mission de réception / de régulation / de traitement en fonction des signalements) ;
- médecins (astreinte médicale) ;
- ingénieurs (astreinte santé-environnementale) ;
- directeurs (astreinte de direction).

L'ARS Bretagne est également ARS de zone Ouest : à ce titre, les cadres du service zonal de défense et de sécurité assurent une astreinte de niveau zonal.

Le dispositif d'astreinte a abouti cette année à une mobilisation de 1 300 nuits-agent et 624 jours-agent et a permis de prendre en charge plus de 700 sollicitations. Le service traite de multiples problématiques : mesures relatives aux soins psychiatriques sans consentement, maladies à déclaration obligatoire, pollution de cours d'eau...



Pôle pharmacie

De gauche à droite :
Dr Jean-Benoît Dufour, Cécile Magnant, Dr Jean-Yves Gauthier

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.

Elaborer les différents plans (iode, plan blanc élargi...) pour se préparer à la gestion de crises

L'Agence régionale de santé Bretagne contribue à la transposition dans chaque département breton de la stratégie gouvernementale de sécurité nationale en matière sanitaire. Conjointement aux travaux menés dans le cadre des dispositifs saisonniers (canicule/

grand froid), l'année 2012 a notamment contribué à la préparation de la réponse aux risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) et à la définition des principes de distribution préventive des comprimés d'iode.



Bernard LE GOUILL,
ingénieur d'études
sanitaires, chargé
de prévention et
gestion de crise

Par le biais du référent départemental, l'ARS s'adresse d'une même voix aux 4 préfets de département, afin de garantir un cadre d'harmonisation des positions régionales et une mutualisation des connaissances et des outils. Mon rôle est de coordonner la répartition des actions des différents plans, à l'exemple du plan iode du 56. Se préparer à la gestion d'une crise à composante santé plus ou moins prononcée est une posture quotidienne. L'ARS revêt ainsi la fonction de conseiller, de formateur et d'organisateur du système de santé.



EN BREF

Tuberculose

La loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a modifié l'article L3112-2 du code de la santé publique qui stipule que la lutte contre la tuberculose relève de l'État. Le dispositif en Bretagne est hétérogène et l'ARS a parachevé en 2012 sa mise en conformité réglementaire en habilitant en tant que centre de lutte contre la tuberculose le centre de santé du Réseau Louis Guilloux à Rennes. Cette habilitation a nécessité un travail avec le Réseau Louis Guilloux mais également ses partenaires associés à la lutte contre la tuberculose (Centre hospitalier universitaire de Rennes et Centre hospitalier de Saint-Malo). La mise en conformité réglementaire s'est accompagnée d'une augmentation de la dotation financière afin de renforcer le temps médical.

Participation à l'exercice « Secours à naufragés » à Saint-Quay-Portrieux le 10 septembre 2012

La vérification de l'opérationnalité des dispositifs de défense et de sécurité s'effectue notamment avec la réalisation d'exercices, avec ou sans déploiement de moyens sur place. Ainsi, s'est déroulé le 10 septembre 2012 un exercice de secours à naufragés avec déploiements de moyens, déclenchement et mise en œuvre réelle d'actions. Cet exercice a permis à l'ARS Bretagne de tester sa capacité à faire face à des situations exceptionnelles (notamment fiabilité du numéro unique de réception des signaux, mise à disposition de moyens sur place et formalisation des réponses sanitaires adaptées en lien avec les différents acteurs).

2 / Accompagner le handicap, la perte d'autonomie et le vieillissement

L'ARS Bretagne régule l'offre de services dans le secteur 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. Face à la diversité des besoins des personnes fragilisées par un handicap ou une perte d'autonomie liée au vieillissement, l'ARS Bretagne accompagne également les initiatives innovantes et la transformation de dispositifs existants dans les établissements médico-sociaux. L'objectif est ici de fluidifier le parcours de vie et de soins des personnes en perte d'autonomie, tout en appréhendant et adaptant davantage leur accompagnement.

Bilan de l'allocation de ressources médico-sociale 2012 : des crédits en augmentation qui ont permis la création de places

Malgré une progression de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie général limitée à 2,5 %, l'ONDAM médico-social a bénéficié en 2012 d'un taux d'évolution de 4 %.

Concernant le secteur Personnes handicapées, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a notifié à l'ARS Bretagne une dotation régionale limitative 2012 d'un montant de 392 206 104 €, soit une augmentation de 1,4 % par rapport à 2011.

L'ARS Bretagne a pu ainsi financer 274 places nouvelles à hauteur de 6 556 227 euros soit :

- 136 places pour enfants (3 033 925 euros) dont 2 places d'Instituts Médico Éducatifs (IME), 8 places d'Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP), 10 places de Centres d'Actions Médico-Social Précoce (CAMSP) et 116 places de Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) ;
- 38 places pour adultes (3 522 302,45 euros) en établissements (133 places de Foyer d'Accueil Médicalisé et 5 places de Maisons d'Accueil Spécialisé).

L'ARS Bretagne a ainsi réussi à maintenir en 2012 un niveau global de créations de places similaire à 2011.

Concernant les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), le montant de la notification État était en 2012 de 75 727 124 euros et a permis de créer 62 places pour un montant de 61 483 euros.

Le montant des crédits non reconductibles (CNR) 2012 nationaux et régionaux sur le secteur des Personnes Handicapées a été d'un montant de 1 319 225 € dont 715 775 € de CNR régionaux. Ils ont permis notamment de financer des dépenses de personnel à hauteur de 183 580 €, les transports d'enfants en situation de handicap à hauteur de 125 000,00 € ou encore la formation à hauteur de 41 605 €.



Pôle allocation de ressources et contractualisation

De gauche à droite : Jean-Charles Laurent, Sophie Ferrand, Maryvonne Lorent, Mathilde Henry, Bernadette Mitouamona, Morgane Boucault

Le traitement des comptes administratifs 2010 des établissements a permis de dégager 233 080 € permettant de majorer du même montant l'enveloppe régionale 2013 dans un contexte économique contraint.

Concernant le secteur Personnes Âgées, la dotation régionale limitative 2012 notifiée par la CNSA à l'ARS Bretagne s'est élevée à 578 841 098 €, soit une augmentation de plus de 3 % par rapport à 2011.

Le montant des crédits délégués pour la médicalisation des EHPAD en 2012 s'est élevé à 7 631 372 € pour l'ARS Bretagne. Il a permis entre autres le renouvellement de 46 conventions tripartites pour un montant de 4 303 876 €.

En 2012, 386 places ont pu être installées sur la Bretagne dont :

- 85 places d'accueil de jour ;
- 34 places d'hébergement temporaire ;

- 225 places d'hébergement permanent ;
- 42 places de services de soins infirmiers à domicile.

13 617 912 € de Crédits Non Reconductibles ont pu être délégués en 2012 sur le secteur Personnes Âgées en Bretagne permettant ainsi de financer par exemple des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) à hauteur de 1 382 452 €, les frais financiers d'établissements ayant un projet d'investissement (6 722 208 €) ou encore des actions de formation (516 199 €).

L'ARS a également dédié 12 853 815 euros aux établissements en charge de publics spécifiques. Si aucune place nouvelle n'a pu être créée en 2012, 5 places d'Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) « Sortants de prison » sur des mesures nouvelles 2010 et 4 places d'ACT sur des mesures nouvelles 2011 ont néanmoins pu être installées.

LE FAIT MARQUANT

Le développement du plan Alzheimer : plus de 90 % des objectifs atteints

L'ARS Bretagne continue en 2012 la poursuite du déploiement du Plan Alzheimer et maladies apparentées « 2008-2012 ». La mise en œuvre de la programmation 2012 de ce Plan 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 : 30 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), 2 unités d'hébergement renforcées (UHR) dans des établissements

médico-sociaux, installation de 3 unités cognitivo-comportementale (UCC) dans un service de soins de suite et de réadaptation, 4 Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), 8 équipes de service de soins à domicile (SSIAD) pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées (80 places), 3 actions de formation d'aide aux aidants ainsi que 4 plateformes de répit.

Au 31 décembre 2012, l'ARS Bretagne remplit à 100 % les objectifs de déploiement des plateformes de répit et des UCC, à 93 % les objectifs des ESA, à 90 % les objectifs des PASA, à 86 % les objectifs des MAIA, à 76 % les objectifs des UHR et à 25 % les objectifs des actions de formations d'aide aux aidants. Le Président de la République a annoncé en septembre 2012 la prolongation du Plan sur l'année 2013, afin de finir sa mise en œuvre et son évaluation.



Nicolas PELÉ, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, référent « personnes âgées » à la Délégation Territoriale du Finistère

« La quasi-totalité des mesures prévues par le plan Alzheimer 2008-2012 ont été mises en œuvre sur la région. On a, en effet, constaté une réactivité importante des acteurs dans la diffusion de l'information et l'appropriation de ces nouveaux dispositifs : cela s'est traduit par de nombreuses réponses aux appels à candidature lancés par l'ARS. L'objectif pour 2013 est d'achever la mise en place des dernières mesures du plan 2008-2012 dans l'attente d'un nouveau plan qui sera vraisemblablement étendu à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives.



ZOOM SUR

Contractualisation avec les Établissements et Services Médico Sociaux Personnes Handicapées

La mise en œuvre de la politique de contractualisation, dans le secteur médico-social, a nécessité d'engager en amont une réflexion sur la méthode et les outils permettant de définir un cadre régional de contractualisation prioritairement destiné aux Établissements et Services Médico Sociaux Personnes Handicapées (ESMSPH). En 2012, le programme d'accompagnement proposé par l'ANAP a eu pour objet de formaliser une méthode régionale de contractualisation basée sur un déploiement progressif de l'outil CPOM. Les travaux méthodologiques se sont déroulés au cours de 6 formations-actions animées par un consultant. L'apport de cet accompagnement méthodologique est significatif et a permis à l'ARS Bretagne :

- de mobiliser l'ensemble des Délégations Territoriales et le siège sur un axe de travail prioritaire en définissant un organigramme dédié : COPIL, groupe projet, référent ;
- d'identifier et de structurer de façon précise le processus de contractualisation : phases, tâches, délais, rôle du siège, rôle de la DT ;
- de formaliser un guide méthodologique à l'appui de la démarche de contractualisation ;
- d'opérer un suivi transversal et partagé de l'ensemble des contrats en cours de négociation ;
- d'engager une capitalisation des retours d'expériences issus de la programmation 2012.



Audrey LE GALL, inspectrice en charge du handicap à la Délégation Territoriale du Morbihan



La démarche ANAP d'aide à la contractualisation contribue à clarifier dans le champ du médico-social, la démarche globale des ARS. 2012 a permis à l'ARS Bretagne de formaliser le processus de contractualisation basé sur le déploiement progressif de l'outil CPOM et de valider une méthodologie commune au niveau régional et donc au sein de chaque Délégation Territoriale (DT). Il en ressort notamment une harmonisation du travail régional et une certaine sécurisation des DT dans le cadre des négociations avec les gestionnaires. Un troisième CPOM a été élaboré dans ce cadre en 2012 au sein de la DT 56, dont le bilan s'effectuera tous les ans.





Pôle programmation et organisation des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

*De gauche à droite :
Maryse Raimond, Anne Delucq, Brigitte Sojka, Chloé Berger*

EN BREF

3 appels à projets lancés dans le secteur médico-social

La loi HPST du 21 juillet 2009 a inversé le processus d'autorisation administrative de création, de transformation ou d'extension importante des établissements et services sociaux et médico sociaux. 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, avec l'objectif d'un rééquilibrage des inégalités territoriales.

En 2012, l'ARS a lancé et réalisé 2 appels à projets, l'un concernant le secteur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, l'autre concernant les personnes handicapées adultes :

- pour la création de 4 places d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sur la région Bretagne ;
- pour la création d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de 41 places (hébergement permanent et hébergement temporaire) pour adultes présentant des handicaps moteurs et des handicaps psychiques sur le territoire de santé «Saint-Malo/Dinan » (partie Ille-et-Vilaine).

La commission d'appels à projets s'est réunie le 29 novembre 2012 pour sélectionner les dossiers. Les autorisations des 2 structures ont été données en décembre 2012.

L'avis d'appel à projet conjoint avec le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine concernant 32 places d'accueil de jour pour personnes âgées dépendantes est, quant à lui, paru fin décembre 2012.

EN BREF

4 rencontres départementales sur le thème de la qualité dans les EHPAD

L'ARS Bretagne a organisé avec le concours de MobiQual (Mobilisons-nous pour la qualité, programme soutenu par la CNSA), du 11 au 14 juin 2012, 4 journées départementales portant sur la qualité de la prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sur les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins (thèmes du risque infectieux, de la nutrition, des troubles du comportement et de la prise en charge non médicamenteuse, etc.). 697 professionnels ont participé à ces rencontres.

Ces journées ont permis de :

- développer les thèmes de gestion du risque intégrés aux démarches qualité des EHPAD ;
- favoriser les échanges de pratiques et expériences entre établissements et faire émerger des bonnes pratiques sur des sujets concrets liés à la prise en charge des personnes âgées.



Évaluer les services et établissements sociaux et médico-sociaux

Les personnes âgées et les personnes handicapées accueillies en établissements ou accompagnées par un service sont souvent fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap. Du fait des enjeux importants des évaluations pour l'accompagnement des personnes et dans une volonté de concertation entre les autorités publiques, la commission de coordination des politiques publiques a initié la mise en place en 2012 d'un groupe de travail « évaluation », com-

posé de représentants de l'ARS, des 4 Conseils généraux et de la DRJSCS et animé par la coordonnatrice qualité médico-social de l'ARS.

Des priorités partagées ont été élaborées, ainsi qu'un suivi régulier de l'arrivée des rapports d'évaluations internes et externes et de l'échéancier des autorisations. En outre, une information conjointe ARS et Conseils Généraux a été réalisée auprès des 1751 établissements et services pour personnes âgées et

personnes handicapées de la région, par le biais de courriers d'information, ainsi que lors d'une réunion régionale avec les fédérations et de 4 rencontres départementales avec les structures. La réalisation d'un document conjoint d'exploitation des évaluations et d'une procédure commune de renouvellements des autorisations sont, par ailleurs, en cours.

ZOOM SUR

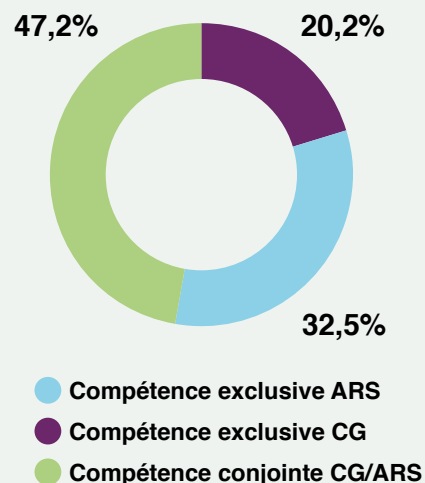
Amélioration du répertoire FINESS médico social

FINESS est le répertoire d'immatriculation des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La gestion de FINESS médico-social est régionalisée depuis 2011. L'année 2012 a permis de travailler sur l'amélioration de la qualité de la base pour les établissements de la compétence de l'ARS et de la compétence conjointe ARS / Conseils Généraux. Les données concernant les capacités, les catégories d'établissement et les types de handicap accueillis dans ces établissements ont été revues.

En 2012, un travail en collaboration a été mené avec le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine pour travailler sur l'amélioration de la qualité du fichier pour les établissements de compétence exclusive du Conseil Général.

Ce travail se poursuivra en 2013 et un travail identique sera réalisé avec les trois autres départements. Fin 2013, les cartographies représentant les établissements et services médico sociaux pour les personnes âgées et handicapées devraient présenter ainsi l'ensemble de l'offre bretonne.

Répartitions des établissements de Finess gérés par l'ARS



Parution de deux publications sur les personnes âgées dépendantes en partenariat avec l'Insee et les conseils généraux

L'ARS Bretagne, l'Insee Bretagne et les 4 conseils généraux ont travaillé en partenariat sur l'étude des projections de personnes âgées dépendantes d'ici 2030 et ses incidences potentielles en termes d'emplois et de prise en charge financière. Ces deux publications ont permis de :

- connaître les projections du nombre de personnes âgées dépendantes, en termes de programmation et d'organisation territoriale des établissements et services accompagnant les personnes âgées dépendantes ;
- connaître les besoins supplémentaires en emploi, dans le cadre de la programmation de places de formation pour les infirmiers et les aides soignants.

- selon l'hypothèse où l'ensemble de ces personnes âgées dépendantes supplémentaires restent à domicile, l'augmentation générerait un besoin supplémentaire de 9 200 emplois équivalent temps plein, dont un tiers relèverait de personnels soignants (2 100 ETP d'infirmiers, 1 000 ETP d'aides-soignants) et 6 100 ETP de personnels non soignants. À eux seuls, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan concentreraient chacun 2 700 ETP supplémentaires.

QUELQUES CHIFFRES CLÉS :

- le nombre de personnes âgées dépendantes (PAD) de 60 ans et plus augmenterait entre 2010 et 2030 de 40 % en Bretagne, soit 17 000 personnes (France 38 %). Cette évolution serait contrastée selon les territoires variant de 26 % pour le territoire de santé n° 8 à 60 % pour le territoire de santé n° 4.
- l'augmentation des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus serait de 43 % en Bretagne, variant de 25 % pour le territoire de santé n° 8 à 65 % dans le territoire de santé n° 4.
- l'augmentation des personnes âgées dépendantes de 85 ans et plus serait de 56 % en Bretagne, variant de 42 % pour les territoires de santé n° 2 et 8 à 81 % pour le territoire de santé n° 4.



3 / Favoriser l'accès à des soins de qualité

L'ARS Bretagne régule l'offre de soins et de services dans les secteurs ambulatoire et hospitalier. 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.

Garantir à tous les bretons l'accès à un médecin de garde

La loi HPST a confié aux agences régionales de santé la responsabilité d'organiser la permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur leur territoire. L'ARS Bretagne a travaillé sur ce projet d'avril 2011 à mars 2012, période au cours de laquelle elle a mené une large concertation auprès des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Le dispositif régional de la permanence des soins en médecine générale est entré en vigueur le 1^{er} juin 2012. Il repose sur le principe d'une régulation assurée par les SAMU Centres 15, au sein desquels la participation des médecins libéraux volontaires est organisée. L'organisation régionale de la PDSA garantit ainsi à la population une écoute médicale permanente, afin de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels et de permettre, si besoin, l'accès immédiat aux soins.

Grâce à la mobilisation de près de 1800 médecins volontaires, tous les Bretons ont accès à un médecin de garde en tout lieu et sur la totalité des horaires de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire. Une organisation fidèle au projet régional de santé 2012-2016 : « Agir ensemble pour la santé des Bretons ».

Depuis le 1^{er} janvier 2012, ce sont 5 nouvelles maisons médicales de garde qui ont vu le jour.

La région Bretagne compte aujourd'hui 25 maisons médicales de garde (dont 23 financées par le FIR), ainsi que 6 associations de SOS médecins implantées sur les 58 territoires que compte la PDSA.

Le montant des financements alloués à ce dispositif de PDSA sur le FIR s'élève pour 2012 à 819 500 €.



Direction adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs

De gauche à droite :
- **second rang** : Magalie Prigent, Sémya Thourir, Sylvain Pleyber, Vanessa Galesne, Sylvana Arnaud, Valérie Lucas, Arnaud Ganne
- **premier rang** : Julie Longy, Marine Chauvet, Christelle Denis, Dr René Nivelet, Sophie Péchillon



Le lancement du nouveau dispositif de PDSA a été accompagné par une campagne de communication auprès des professionnels et de la population.



Julie LONGY,
chargée de missions,
permanence des soins
ambulatoire et transports
privés. Pôle organisation
des soins ambulatoires

“ La publication du cahier des charges de la PDSA fin mars 2012 a représenté la concrétisation d'un travail majeur conduit étroitement avec l'ensemble des acteurs libéraux et hospitaliers depuis 2011. La mise en œuvre de ce nouveau dispositif a été progressive depuis le 1^{er} juin 2012 sur la région avec un accompagnement de l'ARS par une campagne de communication auprès de l'ensemble des médecins généralistes bretons ainsi que de leurs patientèles. Actuellement nous réalisons l'évaluation de ce dispositif avec les acteurs de terrain. Les résultats seront connus fin mars 2013 et conduiront peut-être à des adaptations. ”

EN BREF

La permanence des soins dentaires

Un état des lieux de la permanence des soins dentaires a été réalisé conjointement fin 2012 avec les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens dentistes, de l'URPS et du Conseil régional de l'Ordre. Celui-ci a permis de mettre en lumière les organisations départementales existantes : secteurs de garde, nombre de dentistes libéraux, collaboration hospitalière (ex : CHRU de Brest).

ZOOM SUR

La Commission d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordonné (CARPEC)

L'augmentation du nombre de projets dans le cadre de nouvelles contraintes budgétaires (FIR) a conduit à formaliser l'accompagnement proposé par l'ARS en partenariat avec les URPS. Une instance appelée CARPEC (Commission d'Appui Régionale des Projets d'Exercice Coordonné) a été créée. Elle est composée de représentants régionaux et locaux de l'ARS, de chaque URPS et de la fédération régionale des MSP. Elle permet un gain de temps indéniable

dans l'étude des dossiers en regroupant dans une seule et même instance l'ensemble des personnes pouvant apporter leurs connaissances et expertises. Par ailleurs, l'examen groupé de différents projets, tous territoires confondus, présente l'avantage d'en harmoniser l'analyse et de la partager.

En 2012, la CARPEC s'est réunie 4 fois et a validé les projets de santé de 8 sites d'exercice coordonné.

LE FAIT MARQUANT

Zonages et politique d'accompagnement des pôles et maison de santé pluri professionnels

Dans le cadre du volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins, un zonage dit pluri professionnel a été réalisé. Ce ciblage permet la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé et des maisons, pôles et centres de santé. Il sert également de référence dans le déploiement de la nouvelle politique d'accompagnement de l'ARS Bretagne visant le développement des structures d'exercice coordonné. 18 territoires de premiers recours ont été identifiés comme zones prioritaires, principalement des territoires ruraux qui présentent les risques les plus importants de désertification médicale ou de fortes tensions sur l'offre de soins à court ou moyen terme.

Les zones prioritaires ainsi ciblées sont éligibles à l'application :

- d'aides conventionnelles pour le maintien ou l'installation des médecins dans ces territoires ;
- du contrat d'engagement de service public ;
- d'exonération fiscales pour certains revenus issus de la permanence des soins ;
- de différentes aides émanant de l'État ou des collectivités territoriales.

Des travaux complémentaires de zonage ont également été réalisés pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les orthophonistes libéraux, afin de mettre en œuvre les dispositifs définis dans le cadre conventionnel, visant une meilleure répartition géographique de chacune de ces professions.

Accompagner les projets de maisons et pôles de santé pluri professionnels

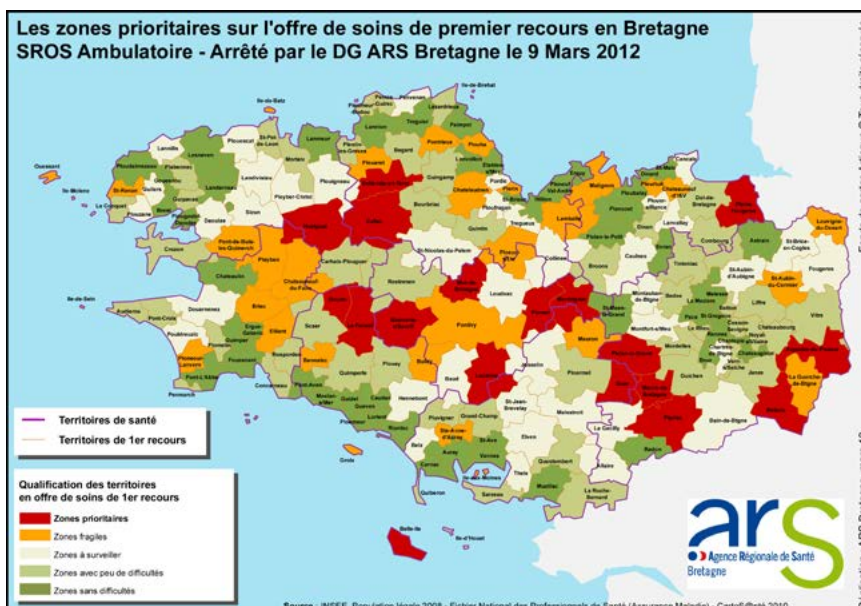
Au 31 décembre 2012, l'ARS Bretagne recense 109 sites ayant engagé une réflexion sur un projet de santé pluri professionnel. Au titre de 2012, on répertorie :

- **39 nouveaux contacts** (demandes d'information sur les exercices coordonnés provenant d'élus ou des professionnels de santé) ;
- **12 sites** ont bénéficié d'un premier accompagnement financier sur le Fond d'Intervention Régional (FIR) pour un montant global de 74 000 euros ;
- **9 sites** ont obtenu un accompagnement complémentaire, dont 7 au titre de la mise en œuvre de leur projet de santé, pour un montant global de 122 950 euros ;
- **8 projets de santé** ont été validés par la Commission d'Appui Régionale des projets d'exercices coordonnés (CARPEC) ;
- En ce qui concerne le **comité de sélection**, co-présidé par le Préfet de région et le Directeur Général de l'ARS, 2 réunions ont eu lieu en 2012. 6 projets ont obtenu un accord de principe pour un accompagnement FNADT (fonds national d'aménagement et de développement du territoire) au titre de l'investissement immobilier et sur les systèmes d'informations.

Le groupe de travail régional sur les systèmes d'information des maisons et pôles de santé s'est réuni 3 fois en 2012. Les différentes propositions répondant aux attentes des professionnels de santé ont été présentées et le cahier des charges régional est en cours de finalisation. Une diffusion de ce cahier des charges est prévue au premier trimestre 2013.



Arnaud GANNE,
chargé de missions
Pôle organisation des
soins ambulatoires



“ Le zonage entrepris par l'ARS nous a permis de cibler les territoires à accompagner prioritairement pour y maintenir une offre de soins suffisante et favoriser de nouvelles installations, notamment celles des médecins généralistes libéraux. Au-delà des aides à l'installation, l'enjeu principal est d'y développer des structures d'exercice coordonné qui favorisent l'arrivée de nouveaux professionnels de santé et améliorent la qualité des prises en charge et l'accès aux soins. ”

Expérimenter des nouveaux modes de rémunérations (ENMR)

En 2012, le dispositif d'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération concerne 9 sites implantés dans les départements du Finistère, du Morbihan et de l'Ille-et-Vilaine, soit 196 professionnels de santé issus d'une dizaine de spécialités différentes. Près de 47 000 patients bretons bénéficient ainsi d'un mode de prise en charge coordonné. Le budget total des dotations ENMR est passé de 205 190 € en 2010 pour 4 sites, à 511 745 € en 2012 pour 9 sites :

- le pôle de santé Ty Lann de Bréhan (56) ;
- la maison de santé de Melgven (29) ;
- la maison de santé de Val d'Izé (35) ;
- la maison de santé de La Guerche de Bretagne (35) ;
- 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).

Les premiers résultats de l'évaluation du dispositif conduite par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé) font apparaître que les structures ENMR sont bien adaptées aux zones sous-denses.

ZOOM SUR

Installation des comités locaux des sites ENMR et accompagnement à la création des statuts SISA

Les comités locaux de pilotage du dispositif d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération sont chargés de l'accompagnement des sites dans la démarche, du suivi de la mise en œuvre et des indicateurs. Lieux d'échanges, ces comités associent les représentants des sites sur un département, les représentants de l'assurance maladie, de l'ARS et des URPS.

En Bretagne, 3 départements sont concernés (Finistère, Ille-et-Vilaine et Morbihan), les Côtes d'Armor n'ayant pas de site expérimentateur.

Les 3 comités locaux ont été installés et réunis d'août à novembre 2012. Les premiers travaux ont permis d'échanger sur les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) en cours de création et de travailler sur la modélisation d'un rapport d'activité pour les sites. Leur rôle va notamment être important sur les travaux d'évaluation.

Expérimenter le Parcours de soins personnes âgées en perte d'autonomie à Saint-Méen-le-Grand

En application de l'article 70 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012, le projet porté par les professionnels de santé libéraux et le centre hospitalier de Saint-Méen le Grand a été retenu, au même titre que dix autres projets en France, pour mettre en œuvre, sur une durée de 5 ans, une expérimentation concernant les parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le dispositif vise à prévenir leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

Lancé en septembre 2012, un comité de pilotage régional, co-animé par l'ARS Bretagne et les promoteurs du projet, a été constitué afin d'informer et de mobiliser les partenaires sur l'expérimentation, de valider les objectifs et le périmètre du projet. La réalisation d'un diagnostic territorial, dont les résultats seront présentés en début d'année 2013, a constitué la première étape du dispositif. Ces résultats permettront de valider les actions qui seront mises en place par les professionnels de Saint-Méen le Grand.



ZOOM SUR

Les réseaux de santé

Concernant les 40 réseaux de santé financés en 2012, 3 faits marquants sont à souligner :

- **l'évaluation de 13 réseaux** : l'échéance de fin de financement de 13 des 40 réseaux de santé bretons était fixée en 2012, lesquels ont par conséquent fait l'objet d'une évaluation par un binôme médico-administratif. Les financements ont tous été reconduits, majoritairement pour trois années supplémentaires ;
- **l'arrêt de deux réseaux de santé** : un réseau de cancérologie et un réseau de soins palliatifs ont cessé leurs activités au cours du dernier trimestre 2012 ;
- **la mise à plat des financements sur la cancérologie** : les établissements de santé publics et privés ont été invités à prendre en charge certaines dépenses relatives au fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et aux soins de support. Par ailleurs, le financement des médecins libéraux participants aux RCP a été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2013. Une décision motivée par l'absence de tarif conventionnel national et la disparition de ce type de prestations dérogatoires dans la plupart des autres régions.

EN CHIFFRES

40 réseaux de santé ont été financés :

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| > Soins palliatifs : 8 | > Risques vasculaires : 2 |
| > Personnes âgées : 7 | > Périnatalité : 4 |
| > Cancérologie : 7 | > Maladies chroniques : 3 |
| > Enfants et adolescents : 1 | > Handicap : 2 |
| > Diabète : 4 | > Autres : 2 |

Piloter la gestion du risque

Le programme de gestion du risque comprend 9 thématiques qui ont donné lieu à différentes réalisations.

- sur la thématique EHPAD, 4 réunions départementales ont permis de développer les alternatives à la prescription médicamenteuse et de promouvoir une nutrition adaptée ;
- concernant le développement de la chirurgie ambulatoire autour de 38 gestes marqueurs, 8 établissements ont fait l'objet d'une mise sous accord préalable (MSAP) ;
- 5 établissements de Soins de Suite et Réadaptation ont été mis sous MSAP afin de réguler l'orientation des patients sortant des établissements MCO et de vérifier la nécessité d'une prise en charge en établissement plutôt qu'en ambulatoire ;

- concernant les thématiques transports et le suivi de l'évolution des prescriptions hospitalières délivrées en ville, le programme de contractualisation des établissements s'est poursuivi : 7 contrats signés, 6 concernent les transports et 1 contrat les médicaments ;
- à propos du suivi de l'évolution et de la qualité des prescriptions des médicaments de la liste en sus, des contrôles ont été effectués dans 5 établissements pour vérifier l'existence de mésusages et tendre à maîtriser la croissance de ces dépenses ;
- le passage de 28 IRM à 42 IRM dont 10 plus efficaces pour 2015 a été accepté. La montée en charge de ce programme a permis d'ajouter, dès 2012, 5 appareils, dont 3 ostéo-articulaires.

Poursuivre l'accompagnement des groupes qualité en médecine générale

En 2012, 350 médecins (soit près de 15 % des médecins généralistes libéraux bretons) ont participé à 35 groupes qualité. Ces groupes qualité s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité et de l'efficacité 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 qualité, des médecins généralistes d'une même zone géographique s'engagent collectivement à échanger et à réfléchir sur leur pratique, tout en rompant leur isolement afin d'optimiser la qualité des soins et obtenir une efficacité des prescriptions. Une évaluation du dispositif a permis de mettre en évidence l'atteinte de ces objectifs.



EN BREF

Signature des premiers contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) avec les établissements

Des CAQOS ont été proposés à 21 établissements ciblés. Au total 7 contrats ont été signés, 6 contrats « transports » et 1 contrat « Prescriptions Hospitalières délivrées en Ville » en 2012. L'objectif : maîtriser l'évolution des prescriptions de transports et de médicaments par les établissements de santé.

Structuration de la démarche de gestion du risque : création d'un comité de pilotage interne.

Au sein de l'ARS, un comité de pilotage interne a été mis en place en 2012. Il répond à la nécessité de coordonner les actions menées dans le cadre du PRS et des schémas régionaux (SROS, SROP, SROMS) avec les priorités de Gestion du Risque dévolues à l'ARS et incluses dans le programme régional pluriannuel de gestion du risque (PPRGDR).



Gérer les autorisations d'activité de soins ou d'équipements des établissements de santé

Le processus de gestion des autorisations est géré par la cellule « autorisations » de la direction adjointe de l'offre hospitalière en collaboration avec les délégations territoriales. Actuellement, plus de 1500 autorisations sont suivies dans ce cadre, notamment via l'outil de gestion ARHGOS. La cellule « autorisations » a ainsi traité en 2012, 40 demandes ou retraits d'autorisation.



Pôle Allocation de ressources

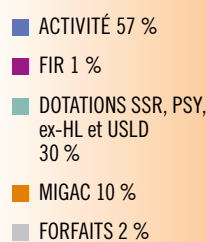
De gauche à droite :
 - **second rang** : Florence Moulai, Marie Gueguen, Bernard Bonnafont, Marine Lacoste
 - **premier rang** : Nelly Cadio-Leroux, Thierry Allain, Maryse Bourgeois

EN CHIFFRES

Suivre les finances des établissements de santé, de l'allocation des ressources à la validation des états financiers

L'année 2012 a été marquée par un taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier de +2.56 %, bien qu'en deçà du tendancier d'évolution des charges hospitalières. En complément des ressources liées à l'activité des établissements⁽¹⁾ (1 767 M€, soit +2.44 % par rapport à 2011), les dotations hospitalières 2012 ont été allouées pour un montant global de 1 228 M€ (progression de 1.8 %). L'année 2012 a également vu 1 % de ses ressources globales transférées des Missions d'Intérêt Général (MIG) vers le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Ressources hospitalières bretonnes 2012



(1) Tarifs, forfaits annuels, molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables

ZOOM SUR

Les visites de conformité

L'ARS Bretagne réalise des visites « de conformité » afin d'examiner les conditions réglementaires d'exercice.

En 2012, les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la cancérologie ont été concernés.

Les visites de conformité en soins de suite et de réadaptation ont mobilisé sur site 10 médecins et 14 inspecteurs ou chargés de mission afin d'examiner le respect des conditions réglementaires d'exercice des 241 autorisations de soins de suite et de réadaptations de 80 établissements délivrés en Bretagne. L'analyse des réserves émises à l'occasion de ces visites fera l'objet d'une synthèse en 2013.

Les visites de conformité en cancérologie ont fait l'objet d'un suivi à plusieurs niveaux :

- vérification au moyen du PMSI de l'activité réelle des établissements au regard de leurs autorisations ;
- définition d'un plan d'actions de mise en conformité de l'activité en Bretagne en lien avec les directives nationales émises par l'INCA. Sur la base du bilan des visites de conformité effectué début 2012, 7 autorisations ont fait l'objet d'une procédure de retrait en cours d'année 2012.

EN CHIFFRES

La chirurgie ambulatoire

Suite aux appels à projets lancés fin 2011 par l'ARS Bretagne auprès des établissements de santé pour les inciter au développement de la chirurgie ambulatoire en Bretagne, les premiers résultats provisoires montrent que le taux de pratique global régional est passé de 38 % en 2011 à 40,3 % au 31 octobre 2012 (soit +2,3 points en 10 mois). Les résultats définitifs de l'année 2012 devraient venir confirmer l'évolution déjà perceptible des taux de pratique des établissements retenus (de +2,9 à +6,5 points entre 2010 et octobre 2012).

S'agissant des établissements identifiés pour le développement de pratiques innovantes en ambulatoire, les résultats sont encourageants :

- les 2 établissements retenus sur des actes non encore réalisés en ambulatoire en 2010 ont démarré cette pratique. Au 31 octobre 2012, étaient réalisés en ambulatoire 5,4 % des thyroïdectomies-para thyroïdectomies de la clinique La Sagesse et 17,9 % des actes de chirurgie de l'épaule du CHU de Rennes ;

- l'incitation au développement de l'ambulatoire est significative pour 2 autres établissements identifiés ayant déjà amorcé cette pratique en 2010 : +26,8 points pour les urétéroscopies au CHIC de Quimper et +29,1 points pour les cholécystectomies sous cœlioscopies au CH de Saint-Brieuc ;
- l'Hôpital Privé Sévigné, identifié en tant que centre de référence régional de formation sur l'ensemble du processus de prise en charge ambulatoire pour les cures de hernies inguinales, a réalisé 2 sessions de formation en 2012 qui ont attiré avec succès 12 établissements publics et privés et une vingtaine de professionnels.



Marie GUÉGUEN, chargée de mission et Docteur Françoise DURANDIÈRE, conseillère technique médicale, direction adjointe de l'offre hospitalière

“ Pour les assureurs, la chirurgie ambulatoire n'entre pas actuellement dans les spécialités à risques, car elle repose sur un certain nombre de critères : chirurgie programmée, pathologies prédéfinies, patients sélectionnés, pratiques formalisées, recommandations des sociétés savantes. Elle nécessite la définition d'indicateurs-qualité lisibles et partagés, sur lesquels l'ARS Bretagne travaille actuellement. Le grand âge n'est pas une contre-indication et la prise en charge ambulatoire est même recommandée pour les personnes de plus de 75 ans. Compte tenu des évolutions démographiques de la région, des actions spécifiques devront être mises en place à destination de ce public. ”

Contractualiser avec les établissements

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est aujourd'hui l'outil privilégié de déploiement de la politique de santé publique et de dialogue entre les établissements et l'ARS. Le CPOM permet, entre autres, de définir les orientations des établissements en matière de performance afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins et plus largement du service rendu aux usagers et l'efficacité de la dépense publique. Il s'agit d'un document stratégique qui intègre l'ensemble des engagements contractuels de l'établissement. L'ARS accompagne les établissements dans la formalisation du CPOM.

L'année 2012 a été marquée par la mise en place des Contrats pluri annuels d'objectif et de moyens (CPOM) de 3^e génération permettant la déclinaison des orientations du PRS au sein des établissements de santé.

La phase de contractualisation a été précédée d'une démarche d'auto-diagnostic réalisée par les établissements qui permet à l'ARS de s'assurer du positionnement de l'établissement sur son territoire. Le comité de pilotage opérationnel (CPO) chargé d'examiner les projets de CPOM s'est réuni à cinq reprises de septembre à décembre 2012 et a statué sur 40 dossiers, soit 31,7 % des 126 établissements concernés (hors laboratoires et EML représentant 31 structures).

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

L'ARS porte depuis 2010 la mise en place d'un Espace Numérique Régional de Santé. En élaborant le programme régional de télémédecine et des systèmes d'informations partagés, volet obligatoire du PRS, l'ARS Bretagne a défini un cadre de référence pour les 5 ans à venir. Sur la base de cette feuille de route, l'ARS Bretagne compte professionnaliser les projets structurants pour dépasser le stade de l'expérimentation.

Sur le volet gouvernance, 2012 a été marquée par l'installation d'un comité interne dédié au Système d'Information et à la télémédecine, associant toutes les directions métiers de l'ARS et la signature avec le GCS Esanté Bretagne d'un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012 à 2017.

Sur le volet projets, 2012 a permis, entre autres, de :

- lancer l'appel à projets ARS relatif au développement d'outils de gestion informatisé pour les risques associés aux soins soit 5 projets mutualisés associant 22 établissements ;
- poursuivre le projet sécurité avec la formalisation d'une démarche globale de management de la sécurité des systèmes d'information dans les établissements de santé ;
- lancer le projet DMP (Dossier Médical Personnel) en région : la Bretagne retenue dans les deux appels à projet nationaux : 9 000 DMP créés ;

- poursuivre la collecte des Résumés de passage aux urgences et le lancement de l'appel d'offre du logiciel de régulation des 4 SAMU Bretons ;
- d'élaborer un cahier des charges régional relatif aux systèmes d'information des Maisons et Pôles de santé ;
- poursuivre le déploiement du projet CREBEN (Centre Breton Régional d'Expertise en Neurologie) : 18 établissements ayant adhéré au service ;
- développer la télémédecine pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;
- lancer le projet régional de téléimagerie ;
- d'établir un diagnostic des besoins des territoires insulaires en télémédecine.



29 juin 2012 : tenue de la 2^e journée régionale consacrée au Système d'informations partagé et à la télémédecine.

“ 2012 a marqué le renforcement de la gouvernance des systèmes d'informations partagés via la signature du CPOM avec le GCS Esanté et l'installation d'un comité interne associant les directions métiers de l'ARS. Les projets irriguent de plus en plus les thématiques des schémas régionaux et devront faire le lien entre les différents champs. L'objectif est donc de professionnaliser les activités structurantes dans les territoires de santé et accompagner la mise en œuvre de projets innovants répondant aux besoins régionaux d'accès à des soins de qualité pour tous. ”



Anne-Briac BILLI, responsable Pôle numérique régional de santé, direction adjointe de l'offre hospitalière

LE FAIT MARQUANT

Le programme médicament du PRS et la mise en place de l'OMEDIT

Le programme médicament du PRS breton définit trois grands objectifs :

- améliorer la qualité et la sécurité du circuit du médicament, prescription, dispensation et administration des médicaments ;
- construire une politique régionale du médicament garante des objectifs de santé inscrits au PRS ;
- accompagner les professionnels de santé dans les démarches d'amélioration individuelles et collectives de bon usage et accompagner le public dans les prises de décision éclairées.

Afin de contribuer à la mise en œuvre du programme médicament, l'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) a été créé en 2012. Il fournit à l'ARS et aux acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires les expertises, évaluations et informations contribuant à la politique de bon usage des produits de santé afin d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Ses actions sont menées avec l'ensemble des structures et professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins ville - établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé de la région.



Docteur Patrick ZAMPARUTTI, pharmacien inspecteur de santé publique, direction adjointe de l'offre hospitalière

“ L'OMEDIT Bretagne est innovant en soi, dans le sens où la Bretagne est l'une des rares régions à avoir élaboré un programme médicaments au sein de son PRS. Destiné à tous les acteurs publics ou privés, sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires, l'OMEDIT contribue à la politique de bon usage du médicament en Bretagne. Son programme d'actions s'étend de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au volet financier. ”

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

En 2012, de nouveaux agréments pour accueillir des internes en médecine ont pu être accordés au sein d'établissements privés au titre de l'année universitaire 2012-2013 :

- **dans la subdivision de Brest :**
 - polyclinique de Keraudren à Brest : agrément en radiologie autour d'un projet commun d'imagerie de la femme ;
 - clinique du grand large à Brest : agrément en chirurgie vasculaire ;
 - clinique Pasteur Lanroze à Brest : agréments en médecine de la reproduction et en chirurgie orthopédique et traumatologique ;
 - centre de rééducation fonctionnelle de Tréboul : agrément en médecine physique et réadaptation.
- **dans la subdivision de Rennes :**
 - clinique Océane en oncologie radiothérapie ;
 - centre hospitalier Privé de Saint-Brieuc en chirurgie urologique.



Direction adjointe des professions de santé et des cadres en établissements

De gauche à droite :

- second rang : Chantal Bost, Marylène Guilloux, Emilie Lejeune

- premier rang : Romain Gaillard, Chantal Robinet, Myriam Bonnerre

ZOOM SUR

Le Contrat d'Engagement de Service Public

Créé en 2010, ce contrat a pour objectif de fidéliser de jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée.

Le bénéficiaire de ce contrat perçoit une allocation mensuelle de 1 200 € jusqu'au terme de son internat et s'engage en contrepartie à exercer dans une zone médicale déficitaire pour une durée au moins égale à celle pendant laquelle il a perçu cette allocation.

En 2012-2013, 4 étudiants et 1 interne ont signé un CESP en Bretagne. Les dispositifs d'information et de communication ont été particulièrement renforcés au cours de l'année 2012, notamment par le biais des représentants des internes et des étudiants.

Gérer les médecins hospitaliers

L'ARS intervient dans la gestion des praticiens des hôpitaux (en lien avec les directions des établissements de santé publics et le centre national de gestion tout particulièrement). En 2012, cette activité a été marquée par :

- la mise en place d'un groupe de travail en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) afin d'élaborer des règles communes sur les sujets ayant trait à la gestion des personnels médicaux et notamment à l'attribution des diverses rémunérations accessoires. Ce travail, initié en 2012, doit se poursuivre en 2013 avec un premier chantier sur l'évaluation des indemnités pour activité sur plusieurs établissements ;
- la création de postes d'assistant spécialiste pour un an minimum : une enveloppe de 816 K€ a été dégagée sur la « marge régionale » en plus du budget délégué par le Ministère de la Santé pour développer les coopérations entre établissements. Ont été ainsi créés :
 - autour du CHU de Brest : 13 postes partagés avec le site carhaisien, le CH de Morlaix, le CH de Landerneau, le CHIC de Quimper, le CH de Saint-Brieuc ;
 - autour du CHU de Rennes : 13 postes partagés avec le CH de Vitré, le CH de Redon, le CH de Saint-Malo.



EN CHIFFRES

- Concours de praticien hospitalier : 190 inscrits, 158 reçus
- Procédure d'autorisation d'exercice : 111 inscrits, 30 reçus
- PUPH et CCA : 457
- Praticien Hospitalier temps plein : 2134
- Praticien Hospitalier temps partiel : 185
- Publications de postes : 363 postes temps plein (dont 148 prioritaires), 59 postes temps partiel (dont 29 prioritaires)
- Indemnité pour activité sur plusieurs établissements : 218 demandes, 207 accords

Gérer la formation des professions paramédicales

L'ARS gère les instituts et écoles formant les professionnels paramédicaux. À ce titre, elle suit les autorisations des instituts et des agréments de leurs directeurs en lien avec le Conseil Régional.

En 2012, une autorisation a été retirée à un institut de formation ambulancier pour non-conformité avec les exigences législatives attendues. Pour les agréments des directeurs, 5 demandes ont reçu un avis favorable de l'ARS.

Elle suit également les instituts de formation en organisant la procédure de présélection et de la délivrance des autorisations à se présenter aux épreuves de sélection permettant d'effectuer les études conduisant au diplôme d'État d'infirmier :

- validation de la conformité des épreuves de sélection pour l'ensemble des formations paramédicales et de l'approbation des sujets proposés ;

- suivi pédagogique des formations, notamment, dans le cadre de la ré-ingénierie des formations : trois formations supplémentaires ré-ingéniérées en 2012 : les manipulateurs en électroradiologie, les pédicures-podologues et les infirmiers anesthésistes.

2012, c'est aussi la première certification de la formation infirmière depuis la ré-ingénierie du diplôme en 2009. L'ARS, membre de droit des jurys, a participé aux sessions de juillet et de décembre. 1 147 candidats présentés et 1 065 nouveaux diplômés en Bretagne en 2012.

L'ARS participe également aux recrutements (présidence des concours par le directeur de l'ARS ou son représentant). En 2012, 3 concours Psychologues et 1 concours Directeur d'école de sage femme organisé par le CHU de Brest ont eu lieu.

EN BREF

La délivrance des autorisations d'exercice professionnel et usage de titre professionnel : les professionnels de santé (médecins, sages-femmes et Infirmiers) ayant un diplôme hors Union Européenne pouvaient obtenir une autorisation d'exercer en France sous la réserve de satisfaire à des épreuves écrites et pratiques. En 2012, une dernière épreuve a été organisée en région Bretagne.

Les usages des titres professionnels : au cours du premier trimestre 2012, les membres de la commission d'attribution du titre de

psychothérapeute ont terminé l'étude des dossiers des personnes pouvant bénéficier de mesures dérogatoires.

Une réunion de coordination régionale ADELI* a eu lieu en octobre pour échanger sur les nouveaux décrets, l'information envoyée aux établissements sur la procédure d'enregistrement et sur les opérations qualité réalisées sur le répertoire et les pratiques.

En 2013, une page ADELI va être disponible sur le site internet, avec la possibilité de télécharger les listes des professionnels de santé par département.

LE FAIT MARQUANT

Travaux sur les coopérations hospitalières

L'Agence régionale de santé a poursuivi en 2012 son soutien aux démarches de coopérations hospitalières, notamment motivées par la nécessité de faire face aux défis que constituent la qualité des soins, la démographie médicale, l'environnement budgétaire contraint et les besoins en santé croissants d'une population vieillissante. Cela s'est traduit par :

- l'organisation d'une rencontre en partenariat avec la Fédération hospitalière de France sur le thème des coopérations hospitalières, qui s'est tenue le 1^{er} octobre 2012 ;
- des expérimentations en cours sur les territoires de santé :
 - sur les territoires de santé 1 (Brest - Carhaix - Morlaix) et 4 (Vannes - Ploërmel - Malestroit), une démarche de coopération entre établissements de santé a été entreprise ;
 - sur le territoire de santé n° 7 (Saint-Brieuc, Lannion-Trestel, Guingamp, Paimpol et Tréguier), la signature le 8 octobre 2012 de la convention constitutive de la Communauté hospitalière de territoire d'Armor.
- une cartographie permettant de rendre visible et lisible les coopérations existantes ;
- un soutien financier au profit du partage de temps médicaux. Cette démarche a pour principal objectif de faire connaître ces établissements à des jeunes médecins spécialistes sur le point de choisir leur site d'exercice.



Vivien Normand - Directeur Adjoint CH de Saint-Brieuc
 Alain Latnier - Directeur du CH Bretagne Atlantique F
 Bernard Dupont - Directeur Général du CHU de Brest
 Jean-Pierre Peron - Directeur du CH de Saint-Brieuc
 Bénédicte Simon - Directrice Adjointe ARS Bretagne



“ La démarche du contrat CHT 7, imaginée par l'ARS Bretagne, est une innovation dans la coopération médicale des territoires de santé. L'important travail de fond, réalisé en étroite collaboration avec la DT 29, a permis l'instauration d'une offre de soin territorialisée et d'une concertation régulière entre les différents établissements de santé. Le bilan 2012 étant plus que positif, nous reproduisons ce contrat dans d'autres territoires bretons d'ici 2013. ”

Bénédicte SIMON, directrice adjointe des professions de santé et des cadres en établissements

* Le répertoire ADELI enregistre les diplômes : infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, audioprothésiste, pédicure-podologue, opticien-lunetier, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, diététicien, psychomotricien, orthoprotésiste, podot-orthésiste, orthopédiste-orthésiste, oculariste, épithésiste, technicien de laboratoire, assistant de service social, psychologue, ostéopathe, psychothérapeute ou chiropracteur, enregistre votre diplôme au sein.



Pôle qualité en établissements

De gauche à droite :
Myriam Bonnerre, Patrick Servasier, Julie Courpron,
Martine Fauconnier Chaballier



Patrick AIRAUD,
médecin, chargé de missions
à la direction de la stratégie
et des partenariats

“

L'objectif de la cartographie des coopérations médicales était de réaliser un état des lieux des coopérations hospitalières et de mesurer leur évolution. Nous avons sélectionné des coopérations structurantes et représenté celles avec partage de temps médical entre établissements publics. La cartographie montre ainsi des territoires de santé avec des coopérations dans différentes spécialités médicales et d'autres où elles sont moins présentes, voire inexistantes. L'année 2013 nous permettra de préciser notre cartographie, de l'étendre à de nouvelles coopérations médicales et de graduer les niveaux des coopérations.

”

ZOOM SUR

L'observatoire de qualité

L'année 2012 a vu se concrétiser la mise en place de l'observatoire qualité breton. Les résultats ainsi recueillis permettent de positionner les établissements par type de décision au cours des différentes itérations de certification et des campagnes de recueil des indicateurs nationaux. À partir de ces données il est permis :

- d'une part de consolider l'indicateur national en référence au CPOM ARS/État n° 5.1, qui mesure le taux d'établissements de santé nécessitant un accompagnement des ARS pour les aider à s'améliorer ;

- d'autre part, de prioriser les thématiques régionales en matière de contractualisation avec les établissements de santé bretons.

Une fiche qualité individuelle par établissement a également été réalisée, afin d'avoir une vision d'ensemble de sa situation actualisée ainsi que l'évolution de sa démarche de certification au cours des différentes itérations.

“

Le pôle qualité en établissement de santé a développé un observatoire sur la qualité afin d'objectiver la situation bretonne des établissements sanitaires en matière de qualité et gestion des risques. En effet, les établissements de santé Bretons présentent un pourcentage d'établissements certifiés avec réserve ou réserve majeure supérieure au 20 % prévu dans la CPOM ARS/État. L'outil permet à ce jour de mettre en exergue les principaux axes à améliorer, il a été conçu de façon à permettre une adaptation aux évolutions des démarches nationales et à intégrer les priorités nationales comme la pertinence des soins.



Myriam BONNERRE,
chargée de missions
Pôle qualité en établissements

”

Organiser la permanence des soins des établissements de santé (PDSSES)

Le schéma de permanence des soins, annexe du projet régional de santé a été conçu à partir d'un diagnostic reposant principalement sur des enquêtes de 2009, actualisées de données 2010. Il regroupe 3 principes :

- l'adossment de cette permanence aux services d'urgence ;
- la structuration en filières de soins graduées à l'échelle de chacun des 8 territoires de santé ;
- la mutualisation d'équipes médicales afin d'optimiser la ressource médicale.

L'année 2012 a été consacrée aux travaux des conférences de territoires ayant la charge de décliner et d'organiser la PDSSES entre établissements et de dresser un projet médical territorial de PDSSES inclu dans les programmes territoriaux de santé.



Pôle performance et investissements

De gauche à droite :
Philippe Resse, Colette Boule, Olivier Paugam,
Virgine Gaboriau, Florence Chouinard

Contrôler la tarification à l'activité dans les établissements de santé

L'ARS fixe chaque année un plan de contrôle concernant les établissements soumis à la tarification à l'activité. L'année 2012 a vu la mise en place d'une nouvelle législation concernant le contrôle de la tarification à l'activité (T2A), qui prévoit une phase contradictoire plus complexe avec une audition de l'établissement par le Directeur général de l'ARS et/ou la commission de contrôle (instance paritaire avec l'Assurance Maladie).

L'ARS a souhaité systématiquement saisir pour avis la commission de contrôle. Celle-ci a proposé de retenir une modulation de sanctions prenant en compte l'amélioration du taux d'anomalies et l'appréciation du taux de gravité des manquements. Elle a souhaité rajouter une appréciation de la démarche « qualité de l'information médicale » actuelle et future engagée par l'établissement, qui sera intégrée dans le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et l'établissement.

Améliorer la performance des établissements

Le pôle performance/investissement a travaillé en 2012 sur plusieurs sujets principaux qui concernent le contrôle et l'optimisation du fonctionnement des établissements de santé :

- **exploitation des données du retraitement comptable (RTC)**, pour laquelle l'analyse et la restitution vers les établissements ont été étoffées. L'objectif de ces actions est de fiabiliser les données, de constituer un benchmark entre établissements et de doter l'ARS d'outils pour le dialogue de gestion avec les établissements ;
- **certification/fiabilisation des comptes** en lien avec Direction Régionale des Finances Publiques. Cela s'est traduit en 2012 par la mise en place d'un comité de pilotage régional du projet de fiabilisation des comptes, composé d'une représentation des ordonnateurs et des comptables, de la délégation régionale de la FHF et des conférences de directeurs, de l'ARS et de la DRFiP ;

- **optimisation de la chaîne de facturation/recouvrement** auprès de 6 établissements hospitaliers volontaires (CH Fougères, CH Vitré, CH Douarnenez, CH Saint-Malo, CHIC Quimper, CH Lannion), d'octobre 2011 à juin 2012. Ce travail a pour objectif de 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 ;

- **benchmark imagerie**, pour les services de radiologie autour des équipements lourds. Avec l'accompagnement d'un prestataire extérieur, 37 structures bretonnes ont participé de manière volontaire. Pour les établissements, les informations fournies par ce benchmark doivent être des outils d'aide à la décision pour améliorer la performance et les organisations des structures. Pour l'ARS, les résultats vont contribuer à répondre à deux enjeux du Projet Régional de Santé : l'amélioration de l'accès à l'imagerie en coupe et l'amélioration de l'utilisation efficiente de l'imagerie.

ZOOM SUR

La maîtrise de la demande en électricité des établissements de santé

Dans le cadre du Pacte Électrique Breton, l'ARS, en lien avec l'ADEME et la DREAL (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement), a décidé de mobiliser le secteur de la santé sur l'un des 3 axes du pacte que constitue la maîtrise de la demande en électricité (MDE). Cette mission d'animation d'une durée de 3 ans a été mise en place début 2012 et s'appuie :

- d'une part sur des groupes de travail thématiques, qui ont pour objectif de faire le point sur les actions de maîtrise de la demande en électricité réalisées ou réalisables et de promouvoir celles qui auraient un impact à grande échelle sur le secteur hospitalier et médico-social ;

- d'autre part sur des sites pilotes (une dizaine) qui se sont portés volontaires dans la démarche pour servir de sites « laboratoires » pour tester des actions.

Des réunions de restitution plénières sont organisées une fois par trimestre pour faire le point sur l'avancement de la démarche et pour présenter et démultiplier les actions originales mises en œuvre par les établissements, en matière de maîtrise de la demande en électricité.

ZOOM SUR

L'outil d'aide à la décision en matière d'investissements hospitaliers

L'ARS a engagé en 2012 l'élaboration d'un outil permettant, dans le cadre de la répartition des allocations de ressources sur le champ de l'investissement, de disposer d'éléments d'analyse habilitant à formuler des propositions pertinentes de délégation de crédits. Cet outil est constitué d'une liste de projets d'investissement, assortie de critères de priorisation au titre d'un éventuel accompagnement financier. Il permet également de détecter en amont des projets qui ne répondent pas aux objectifs

du Projet régional de santé (PRS) ou pour lesquels l'établissement ne dispose pas de la capacité financière pour porter le projet.

Un premier outil d'analyse a été élaboré en 2012. Les critères de sélection introduits dans cette première version reposant principalement sur des indicateurs financiers (taux de marge brute, taux de CAF, etc.), il est convenu, en 2013, d'enrichir l'outil avec des critères additionnels liés à l'état des bâtiments ainsi qu'à l'intérêt du projet au plan médical.

La Mission Inspection Contrôle (MIC)



Bernard GUILLOU,
responsable de la Mission Inspection
Contrôle - Gestion des réclamations

« La Mission Inspection Contrôle/Gestion des Réclamations » est une mission transversale qui a en charge le pilotage des fonctions inspection-contrôle (IC) et le pilotage de la gestion des réclamations au sein de l'agence. Elle s'appuie sur le Comité Technique Inspection Contrôle (COTECH IC), instance pluridisciplinaire qu'elle anime. L'activité IC a été forte en 2012. Près de 800 missions programmées et non programmées ont ainsi été menées. Nous avons poursuivi également le renforcement du dispositif de soutien des fonctions IC courant 2012 avec la sortie d'un référentiel régional et l'ouverture d'un espace collaboratif contenant notamment une bibliothèque numérique des rapports.

LE FAIT MARQUANT

La consolidation des activités inspection/contrôle (IC) au siège et en DT est intervenue en 2012

Deux faits majeurs marquent 2012 :

- le dispositif de soutien aux fonctions Inspection contrôle, déployé en juillet 2012, qui s'organise autour d'un espace collaboratif inspection contrôle dédié aux inspecteurs/contrôleurs de l'agence et à leur encadrement, pour lequel 70 droits d'accès ont été délivrés. Ce dispositif a été complété en octobre 2012 par la sortie du Référentiel Inspection Contrôle de l'agence élaboré par la MIC, en lien avec le COTECH IC ;
- l'élaboration et la diffusion du Référentiel Inspection contrôle : un document cadre qui formalise les règles d'exercice des fonctions Inspection contrôle au sein de l'agence. Il s'appuie sur une déclinaison opérationnelle du processus Inspection contrôle. Ce document partagé, évolutif, vise à sécuriser et professionnaliser les pratiques.

EN CHIFFRES

86 % : taux de réalisation du Programme Régional d'Inspection Contrôle (PRIC) 2012.

302 missions sur 352 inscrites et chiffrées en programmation.

222 missions sur des thématiques inscrites au PRIC mais non chiffrables en programmation.

267 missions non programmées réalisées.

Total : 791 missions effectuées sur l'année 2012

Les Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA)

La démarche régionale IPA permet de respecter une équité infrarégionale de l'accès aux soins et de repérer des atypies par établissement ou territoire. Fixés début 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, techniques interventionnelles et SSR, ils constituent une base de discussion dans le dialogue de gestion ARS-établissements de santé. L'année 2012 a été marquée par la finalisation d'un diagnostic territorial de l'analyse des taux de recours aux soins hospitaliers. Les diagnostics ainsi que les IPA ont été présentés à chacune des 8 conférences de territoire.

L'activité de chirurgie de la région affiche une évolution moyenne annuelle de +1,8 % entre 2009 et 2011, soit un taux proche de celui évalué par la projection d'activité à horizon 2016 (+2 % par an).

L'activité de médecine en Bretagne est stable entre 2009 et 2011 pour une évolution annuelle moyenne attendue de +1 % d'ici à 2016 et l'activité interventionnelle de la région affiche une évolution moyenne annuelle de +2,5 % entre 2009 et 2011, inférieur à celui évalué par la projection d'activité à horizon 2016 de +4,5 % par an.

L'activité de SSR a augmenté de +2,2 % en moyenne annuelle pour une augmentation attendue de +1,6 %.

« Nous construisons les IPA par territoire de santé selon une méthode consensuelle centrée, non pas sur la production d'un territoire, mais sur la consommation de soins de la population domiciliée. Outil de pilotage de l'ARS, les IPA nous permettent de suivre l'activité hospitalière au regard d'une projection à 2016, calculée par territoires de santé de façon équitable et en tenant compte de l'augmentation attendue de la population. Ils seront intégrés ultérieurement dans les PTS et les CPOM des établissements. Les IPA nous amènent également à réfléchir sur la pertinence du recours aux soins. Un ciblage des atypies de consommation et un plan d'actions sont en cours d'élaboration.



Docteur Anne LECOQ,
conseillère technique
médicale à la
direction de la
stratégie et des
partenariats

Le pilotage interne et les services supports

(secrétariat général, statistiques, ressources, communication, finances...)

Consolider la maison commune

METTRE EN PLACE UN ACCORD RELATIF À L'ORGANISATION ET À L'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL À L'ARS

L'accord relatif à l'organisation et l'aménagement du temps de travail à l'ARS Bretagne a été signé le 1^{er} juin 2012 par le Directeur général et des organisations syndicales représentatives. Ce projet structurant constitue une avancée majeure dans la construction de l'ARS. Il est l'aboutissement d'une négociation et d'une concertation entre les représentants du personnel et la Direction. Les objectifs principaux de cet accord sont :

- la mise en place d'un dispositif social et des règles de gestion organisant la vie au travail au sein de l'Agence applicables dans tous les sites ;
- la recherche de convergence et d'harmonisation entre les différents statuts des personnels de l'Agence ;
- la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle du personnel dans le respect de la qualité et la continuité des missions de service public de l'Agence.

Ce nouveau règlement est applicable à l'ensemble du personnel de l'ARS depuis le 1^{er} juillet 2012.

Pour parfaire la mise en œuvre opérationnelle de cet accord, l'ARS s'est dotée en fin d'année d'un système de gestion du temps rénové et plus performant permettant à l'ensemble du personnel de bénéficier, dans la gestion de son temps de travail, de fonctionnalités identiques quels que soient les sites d'affectation.

ÉTABLIR UN PLAN DE FORMATION RÉGIONAL

Dans le cadre de la préparation du plan de formation 2013, des réunions ont eu lieu, dans le courant du dernier trimestre, avec l'ensemble des responsables, en vue de l'analyse conjointe des besoins de formation recueillis dans les entretiens professionnels. Ces rencontres ont abouti à l'élaboration d'une note stratégique sur les axes prioritaires de formation et in fine à l'élaboration du plan de formation, présenté en fin d'année aux instances représentatives du personnel.



De gauche à droite :
- **second rang** : Laurence Nicolas, Caroline Barbas, Nadège Nicolle, Myriam Gallée, Valérie Lerosier, Dominique Salaun-Hamon
- **premier rang** : Christine Marsac, Nicole L'eilde, Denis Juhel, Béatrice Marichal

Département des ressources humaines et Pôle dialogue social

EN BREF

Mise en place d'un conseiller prévention, correspondant handicap et de la médecine du travail

Dans le courant de l'année 2012, il a été procédé à la désignation de personnes ressources : nomination du conseiller de prévention au 1^{er} février 2012, d'un référent handicap au 1^{er} février 2012 et des assistants de prévention par site en avril 2012. Ils ont mis en place, avec l'appui des Ressources Humaines, les formations de guides et serre-files et de sauveteurs secouristes du travail sur l'ensemble des sites de l'ARS Bretagne. La prise en charge du personnel, par les associations de médecine inter-entreprise, a été réalisée au niveau régional en septembre 2012.

Réalisation du premier bilan social de l'agence 2011

Il a permis d'effectuer un état des lieux de la situation du personnel, un an après la création des ARS.

Taux d'exécution budgétaire du plan de recrutement proche de 100 %.

Le budget alloué aux dépenses de personnel, qui fait l'objet d'un suivi spécifique et mensuel en lien avec la Direction des finances, a permis de dérouler le plan de recrutement avec un taux d'exécution budgétaire proche de 100 %.

LE FAIT MARQUANT

Mise en place d'une cartographie des emplois

Grâce à l'appui méthodologique d'un prestataire désigné par le Secrétariat Général et le soutien de la DRH ministérielle, la cartographie des emplois de l'ARS Bretagne a été adoptée dans le courant du 2^e trimestre 2012. Cette cartographie fournit aux agents une représentation ordonnée et cohérente des emplois existants à l'agence, organisés par domaine et famille professionnelle et décrits par leurs activités et compétences. L'utilisation de ce nouvel outil constitue un préalable à la professionnalisation de certains processus RH (recrutements, élaboration du plan de formation...). Il a déjà permis l'élaboration d'une nouvelle fiche de poste et le lancement, au cours du 3^e et dernier trimestre, du travail de réécriture des fiches de poste des agents des délégations territoriales.



**Département
des ressources
matérielles**

De gauche à droite :

- **second rang** : Jacques Trelis, Thuy Bui, Marie-Christine Billon, Isabelle Sawicki, Brigitte Chobe
- **premier rang** : Nathalie Champie, Victor Couesme, Jean-Yves Eonet

EN BREF

Déménagement de la Délégation Territoriale 35 et du pôle pharmacie

Au 2^e trimestre de l'année 2012, le déménagement de la DT 35 et du pôle pharmacie, situés au 24 rue Antoine Joly vers leurs nouveaux locaux, 3 place du Général Giraud, s'est bien déroulé grâce à une bonne coopération de l'ensemble des collègues et du service.

La proximité de ces nouveaux locaux avec ceux du siège (6 place des Colombes) a considérablement facilité le travail des agents des deux sites.

ZOOM SUR

Le Département Système d'information

En 2012, le projet de modernisation de l'infrastructure régionale des services fichiers, applicatifs et de messagerie a été finalisé : hébergement au siège de l'ensemble de la bureautique régionale, hébergement national UNIX et sécurisation de l'ensemble des boîtes aux lettres. L'amélioration du service bureautique a été rendue possible par la modernisation de la suite bureautique sur l'ensemble du parc. Les changements d'opérateur pour la flotte mobile et les services d'accès distants ont permis une homogénéisation et une sécurisation du service.

Le département a poursuivi son offre de service vers les directions métiers (développement de sites collaboratifs, refonte d'organisation...) et a assuré, sur son périmètre, le conseil et le suivi des projets immobiliers de l'Agence et pris en charge les déménagements informatiques et téléphoniques.

Enfin, en interne, la régionalisation du travail a été renforcée par la délocalisation de processus régionaux.



“ **Jean-Christophe CANTINAT,**
responsable du Département Système d'information

Le département du système d'information interne (DSII) est responsable de la construction et du bon fonctionnement du SI interne de l'Agence. Il en contrôle la fiabilité, la sécurité, la cohérence et l'intégrité. Nos actions se répartissent entre la déclinaison locale

d'objectifs nationaux, ce fut le cas en 2012 pour la mise en œuvre du projet EVOLBIMS et les objectifs locaux de l'ARS, avec la fourniture de services aux directions métiers, par exemple avec la mise à disposition d'espaces de travail collaboratif. Pour les années à venir, nous aspirerons à introduire une démarche qualité et un engagement de services auprès des utilisateurs et services.

”

ZOOM SUR

La mission d'expertise juridique : 2 activités majeures

• **Sécuriser les procédures** : placée auprès de la direction de la stratégie et des partenariats, la mission d'expertise juridique est le référent de l'ARS Bretagne auprès de la direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère. Elle diffuse les notes élaborées par la DAJ et assure une mission de conseil auprès des directions métiers et des délégations territoriales en vue de sécuriser les décisions prises par l'agence. Elle apporte un appui juridique à différents groupes de travail et une aide à l'instruction des dossiers, en définissant le cadre juridique applicable issu des textes et de la jurisprudence.

• **Défendre les décisions** : la mission expertise juridique assure la défense des décisions prises par le directeur général de l'ARS devant les juridictions en cas de contestation et le représente aux audiences.

En 2012, 8 nouveaux recours ont été déposés à l'encontre des décisions de l'ARS, portant à 22 le nombre de dossiers en cours d'instruction devant la juridiction administrative.

L'expertise juridique en bref

- La révision des délégations de signature du directeur général de l'ARS.
- La réforme de la procédure de sanction suite aux contrôles de la tarification à l'activité des établissements sanitaires.
- La défense du projet régional de santé devant le tribunal administratif.
- L'ouverture illégale d'un centre de naissance aquatique à Guingamp évitée.

Développer la communication

Les premières réalisations 2011 en communication externe ont montré que l'ARS était bien s'installée dans le paysage de la santé en Bretagne. En effet, sa notoriété et sa légitimité sont acquises du côté des publics institutionnels, même si sa notoriété reste à installer auprès des professionnels et du grand public.

En interne, 2012 a permis de poursuivre la communication en orientant des actions autour du « mieux se connaître et mieux comprendre l'ARS ».

ZOOM SUR

Les midis de l'info : un nouveau rendez-vous d'information pour les agents !

Le pôle communication a proposé dans un format très court (15-20 mn.) des séances d'information avec des « experts » santé de l'ARS. Le 1^{er} rendez-vous a porté sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Deux médecins de l'ARS (les docteurs Christine Guérin et Élisabeth Bretagne) ont animé cette séance et ont éclairé les agents sur la thématique des accidents vasculaires cérébraux : Comment surviennent-ils ? Comment diagnostiquer les signes caractéristiques ? Comment se comporter en cas d'apparition de l'un de ces signes ?

Après ce premier rendez-vous réussi, 2013 poursuivra les midis de l'info sur d'autres thèmes de santé publique, santé environnement et des sujets en lien avec les projets structurants de l'ARS.



Parution du n° 2 des « Études de l'ARS »

En 2012, l'ARS a publié un nouveau numéro de sa collection « Les études de l'ARS » sur le thème des dépassements d'honoraires en région Bretagne. Elle a également travaillé sur le n° 3 sur « La prise en charge médico-sociale des jeunes handicapés en Bretagne » (parution début 2013).

Parution du dépliant « les chiffres clés »

Un nouveau support de communication présentant les chiffres clés de l'ARS est paru en 2012. Ce dépliant recense de façon synthétique des indicateurs sur la démographie et l'état de santé des bretons, des données sur l'accès aux soins, l'offre de santé, les politiques clés de l'ARS et enfin des données financières. Une mise à jour annuelle de ce document est prévue.



De gauche à droite : Thierry De Laborthe, Aurélien Robert, Elisabeth Lagadec, Patricia Breuille-Perais

Pôle communication

LE FAIT MARQUANT

Lancement du programme de simplification et de transformation des process de l'ARS

L'ARS Bretagne s'est engagée dans un programme proposé par le niveau national afin d'optimiser ses processus métiers, d'améliorer la qualité du service rendu et les relations avec les partenaires extérieurs. À ce titre, deux processus ont été retenus pour l'année 2012 : l'allocation de ressources dans le champ du médico-social et l'allocation de ressources dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Les travaux menés par des groupes de travail permettent d'élaborer un plan de simplification du processus pour améliorer la visibilité des circuits de décisions et d'informations, formaliser les procédures et pouvoir répondre au tout long du processus sur le « Qui fait quoi ».

Des actions ont également été menées pour transformer le processus ; cela a abouti à une expérimentation avec la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine pour un premier niveau de centralisation du processus allocation de ressources médico-sociales au cours de l'année 2013.

Réunions d'encadrement

La réunion de l'encadrement est une instance qui réunit 90 membres. Elle permet de rencontrer à fréquence régulière les cadres managers afin d'assurer un partage d'informations avec l'équipe de direction autour de deux principaux objectifs : le partage d'informations et le retour d'informations auprès de leurs collaborateurs. Trois rendez-vous au cours de l'année 2012 ont permis de présenter les points sur le budget de l'Agence, la gestion des ressources et les travaux pilotés par les directions métiers, comme la permanence des soins ambulatoires ou les contrats locaux.

LE FAIT MARQUANT

Refonte du site intranet

Après 2 ans de fonctionnement, le site intranet de l'ARS a fait peau neuve. À partir de février 2012, une nouvelle version a été mise en ligne afin de mieux répondre aux besoins des agents et faciliter l'accès à l'information de tous. Deux nouveaux espaces ont été dédiés aux relations sociales et à l'activité des différents services et instances internes. Ce nouveau rubriquage a été réalisé avec un groupe de travail regroupant toutes les directions.

Une enquête de satisfaction, conduite en février 2013 et, à laquelle plus d'un agent sur 3 a participé, a révélé un taux de consultation satisfaisant et a permis de faire remonter au pôle communication les attentes des agents.



Caroline RIC, chargée de communication

« Réaliser une refonte de l'intranet s'avérait nécessaire pour faciliter la communication aux agents. Un important travail de clarification des informations a donc été entrepris, dans l'optique de créer un support « vivant », notamment via les actualités en ligne. À ce jour, 80 % des agents de l'ARS lisent régulièrement les actualités de l'intranet et près de 90 % d'entre eux le consultent au moins une fois par semaine. Ce qui est très satisfaisant. Nous espérons accroître pour 2013 ce dynamisme et ainsi ancrer une culture interne et active. »

Conforter l'expertise statistique de l'ARS



“ Le pôle Observation, Statistiques, Évaluation réalise des missions transversales en appui aux directions métiers de l'ARS. Les thématiques traitées englobent l'ensemble des missions de l'agence et ont pour objectif d'aider à la prise de décision, que ce soit par la simple fourniture de données chiffrées ou par la réalisation d'études ciblées plus complexes, réalisées en interne ou externalisées. En 2012, le pôle a travaillé sur de nombreux nouveaux projets, comme la réalisation des chiffres clés, la définition des IPA, la fourniture de diagnostics territorialisés dans le cadre des CLS, des PTS et de l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. En 2013, les objectifs du pôle sont de continuer à améliorer notre visibilité et la qualité de nos bases et de mettre en place des outils automatisés afin de répondre à la demande croissante, qu'elle soit interne ou externe. ”

Valérie MOLINA,
responsable du Pôle observation, statistiques, évaluation



Pôle observation, statistiques et évaluation

De gauche à droite :
- second rang : Florence Mille, Virginie Gaboriau, Rose-Line Viot, Enguerrand Lootvoet, Valérie Molina, Isabelle Romon
- premier rang : Emilie Lejeune, Samantha Dodard, Nathalie Politi, Claire



Christelle DIODAT,
administratrice du système
d'information décisionnel

Réalisation d'enquêtes régionales

Dans sa mission transversale d'appui aux directions métiers, le pôle Observation, Statistiques et Évaluation réalise plusieurs enquêtes d'initiative régionale. En 2012, une nouvelle enquête réalisée auprès des établissements sanitaires ayant pour objectif de disposer des éléments permettant de calculer les indicateurs de suivi du PRS a été mise en place. 63 établissements ont été interrogés et la quasi-totalité a répondu. Cette collecte a permis de regrouper d'autres enquêtes déjà existantes (Réanimation et Unités de Soins Continus, Urgences, Imagerie) dans le but de n'interroger les établissements qu'une seule fois.

“ La mise en place d'un système d'information décisionnel est née du besoin de partager en continu des informations statistiques avec les agents de l'ARS. En charge de cette mission depuis le 1^{er} janvier 2013, mon rôle est d'administrer et de développer des outils décisionnels. Deux tableaux de bord verront le jour en 2013, l'un destiné à évaluer l'organisation de la permanence des soins et le second, à appréhender de manière transversale le dynamisme d'un territoire dans le domaine de la santé. ”

LE FAIT MARQUANT

Mise en place d'un système d'information décisionnel

Un système d'information décisionnel (SID) est un ensemble de bases de données organisées de façon spécifique, associées à des produits de restitution. La mise en place de ce SID a permis au pôle Observation, Statistiques et Évaluation de mieux remplir deux de ces missions : répondre à la demande interne et externe de façon structurée et rapide et ainsi apporter son aide aux directions métiers pour la décision par la production automatisée de fiches thématiques et tableaux de bord. Il comporte tout ou partie des bases de données disponibles au pôle observation, statistiques et évaluation, mais ne remplace en aucun cas les bases de données spécia-

lisées qui seront interrogées dans le cadre d'études spécifiques.

Avantages de l'utilisation d'un système décisionnel :

- les bases de données thématiques sont centralisées en un seul endroit garantissant ainsi la sécurité des données et leur accessibilité unique ;
- chaque donnée est contrôlée et fiabilisée ;
- à chaque base de données est associé un dictionnaire de données ;
- il intègre le développement de produits de restitution automatisés répondant à une problématique donnée associant gain de temps de traitement et meilleur partage de l'information.

Promouvoir les travaux pour une meilleure communication

En externe



Florence MILLE,
chargée de missions études et statistiques

“ Motivés par deux constats majeurs en psychiatrie, que sont la surconsommation des soins hospitaliers et la saturation des lits, nous avons réalisé un diagnostic régional pour rechercher les facteurs explicatifs. Les résultats ont été présentés lors du congrès Odissé, ce qui a permis de partager notre expérience et de valider notre méthodologie au niveau national. L'année 2013 devrait préciser les leviers d'actions du pilotage de l'activité de psychiatrie en Bretagne. ”

En interne, mise en place d'une page intranet sur le comité des études

Le comité des études et des évaluations a été créé en 2010 afin de réguler, planifier et formaliser les demandes d'études, d'enquêtes, d'évaluations ou d'analyses formulées par les directions métier et les délégations territoriales. Placé sous l'égide de la Direction de la Stratégie et des Partenariats, il est animé par la responsable du pôle Observation, Statistiques et Évaluation. Afin de bien communiquer sur les études en cours ou réalisées, une page de site intranet est désormais consacrée à l'ensemble des études validées. Classées par thématique, cette page présente, pour chaque étude, son état d'avancement, les personnes en charge du dossier, les comptes rendus de suivi du projet, les résultats ; et pour les études externalisées, le cahier des charges et le budget alloué. En 2012, 17 demandes d'études ont été validées. Parmi celles-ci, 13 ont été conduites en interne et 4 ont été externalisées ou le seront en 2013.

Piloter le budget de l'agence

Référent de la direction des affaires financières du ministère, le pôle financier a en charge le pilotage budgétaire de l'agence. Il est également responsable de la comptabilité des engagements et de l'animation du système d'information budgétaire et comptable (SIBC). 2012 a permis de consolider les modalités de construction et de suivi budgétaire de l'ARS et ainsi de poursuivre les activités suivantes :

- développement d'une démarche de cadrage et de pilotage budgétaire en lien avec l'ensemble des gestionnaires concernés ;
- formalisation de l'organisation financière et comptable mise en place à l'ARS par l'adoption du contrat de service facturier co-signé le 27 novembre 2012 par le directeur général et l'agent comptable ;
- mise en œuvre des modalités de reporting budgétaire retenu avec les services gestionnaires et les partenaires institutionnels ;
- pilotage du réseau des utilisateurs du logiciel budgétaire et comptable (SIBC) ;
- 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. S'agissant du pôle facturier « contrats /marchés », 2012 a été marquée par la gestion des dossiers FIR se caractérisant par :

- la saisie des engagements et des liquidations des dossiers transmis par les services gestionnaires en référence aux procédures préalablement arrêtées ;
- le renforcement des échanges avec les interlocuteurs des CPAM et des services ordonnateurs de l'ARS.

EN CHIFFRES

L'ACTIVITÉ DU PÔLE

- 5 829 factures traitées
- 5 674 dépenses comptabilisées
- 724 recettes émises

Gérer le budget

LA DIRECTION FINANCIÈRE/ AGENCE COMPTABLE : UNE ANNÉE DE CONSOLIDATION...



Direction des finances

De gauche à droite :
Muriel Istaz, Catherine Faisant, Eric Fourrier, Fabienne Méal, Christiane Rihet,
Marie-Thérèse Viel, Christine Gauchet, Marie Boutier

LE FAIT MARQUANT

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR)

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 a créé un Fonds d'Intervention Régional (FIR) visant à renforcer la capacité d'action transversale des ARS et la fongibilité des crédits. Les ressources du fonds sont notamment constituées par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie et par une dotation de l'État. En 2012, les ressources du FIR comprennent également une part de la dotation du FIQCS et une part de la dotation du FMESPP. La contribution du FIR au budget de l'agence enregistrée en 2012 est de 9 949 949 €.

Depuis le 1^{er} avril 2012, le pôle financier est chargé de la gestion et du suivi budgétaire du FIR piloté par la Direction de la Stratégie et des Partenariats. Le rôle du pôle financier dans la gestion du FIR se caractérise par :

- la définition et la formalisation des modalités de gestion budgétaire et financière pour chacune des missions du FIR en lien avec les services comptables des CPAM ;
- la mise en œuvre d'un pilotage et d'un reporting budgétaires ;
- le déploiement d'une expertise financière.



Florence CHOUINARD,
chargée de mission,
Pôle performance et
investissements



Éric FOURRIER, agent
comptable, directeur
des finances



La création du FIR a donné aux directeurs généraux des ARS une plus grande souplesse dans la gestion des crédits et l'orientation des décisions de financement.

En coordination avec la direction générale, un important travail de centralisation et de synthétisation des projets est nécessaire, avant de répartir l'enveloppe attribuée aux différents gestionnaires. L'année 2013 verra l'élargissement du périmètre du FIR.



Maîtriser les risques financiers et comptables

Le pôle Maîtrise des risques financiers et comptables (MRFC) est responsable de la mise en place de la maîtrise des risques financiers et comptables dans l'agence. Il est chargé de la conception des outils, de l'animation du réseau MRFC et du suivi des actions. En lien avec l'Agent comptable, il anime le comité de gouvernance de la maîtrise des risques. L'exercice 2012 a été consacré à :

- la finalisation, pour les processus prioritaires, des organigrammes fonctionnels nominatifs (OFN), des cartographies des risques et du plan d'action ;
- l'actualisation du plan de contrôle interne (PCI) de l'agence comptable par le DGARS et l'Agent comptable ;

- le début des contrôles de supervision à l'agence comptable. la formation des superviseurs et des référents de processus à l'élaboration du plan de contrôle interne de leur processus et à la formalisation des contrôles de supervision ;
- la communication de la MRFC, notamment à travers de la présentation du plan de contrôle interne (PCI) en CODIR ;
- la première autoévaluation de la MRFC au travers de l'échelle de maturité.



Christine GAUCHET,
référente maîtrise
des risques
financiers et
comptables



Le directeur général de l'ARS est chargé de mettre en place un contrôle interne portant sur l'ensemble des activités et procédures de l'agence. L'objectif assigné de la MRFC est donc la maîtrise, voire la prévention des risques financiers pouvant obérer la qualité comptable.

Les contrôles de supervisions et une cartographie des risques alimentent par ailleurs notre plan d'actions, afin de trouver les mesures correctrices pertinentes pour remédier aux risques. Notre démarche est avant tout collective, avec une forte dimension organisationnelle et managériale.



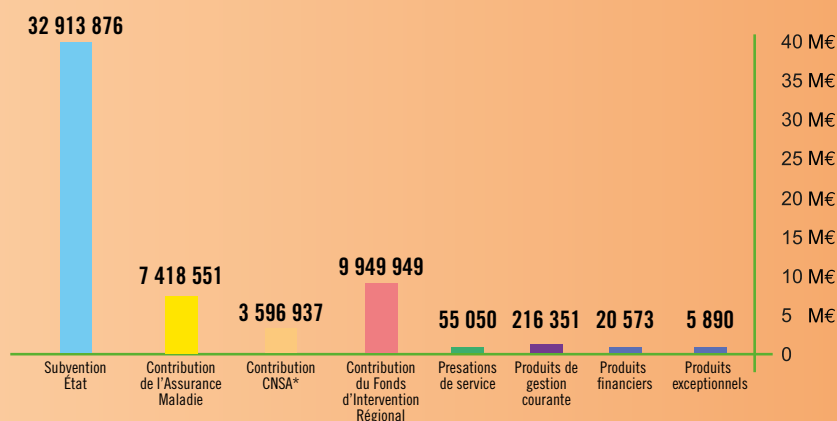
Assurer le paiement des salaires

Le pôle paye est chargé 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. Il prépare également les déclarations fiscales et sociales au regard des restitutions des applications de paye et constitue la déclaration annuelle des déclarations sociales (DADS).

EN CHIFFRES

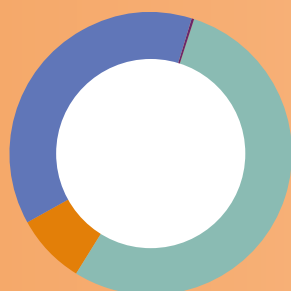
Le budget 2012 de l'agence

En 2012, les recettes de l'ARS se sont élevées à 54 420 239,25 € et les dépenses à 54 177 177,55 €. La structuration des recettes de l'ARS



Le taux global d'exécution des dépenses budgétaires constatées sur l'exercice 2012 est de 98,93 %.

*Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie



Répartition des dépenses par nature (enveloppes)

- PERSONNEL 54 %
- FONCTIONNEMENT 8 %
- D'INVESTISSEMENT 0 %
- D'INTERVENTION 38 %

L'ARS Bretagne : l'ARS de zone Ouest pour la défense et la sécurité sanitaires

La loi Fourcade renforce l'action des ARS de zone notamment par le décret n°15 du 7 janvier 2013. Elles 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 (également ARS de Bretagne) coordonne sur ces missions les ARS de Haute-Normandie, Basse-Normandie, Centre, Pays-de-la-Loire et Bretagne. Elle dispose d'un service zonal de défense et de sécurité.



Service zonal de défense et de sécurité

De gauche à droite :
- second rang : Christophe Van Der Linde, Jacqueline Schnell, Annette Mahe
- premier rang : Marie-Noëlle Lemoine-Geffray, Dr Christian Bailly

ZOOM SUR

LE SOUTIEN SANITAIRE POUR LES J.O. DE LONDRES ET LES JEUX PARALYMPIQUES

L'ARS de zone Ouest a participé au soutien direct de l'ARS de zone Nord pour la couverture sanitaire des J.O. et Jeux paralympiques de Londres. L'expression des moyens souhaitée par la préfeture de zone couvre les risques liés à un afflux massif de victimes polytraumatisées et ceux liés aux menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC) pour la période du 13 juillet au 13 septembre 2012.

• Protéger les établissements face à un afflux massif de victimes contaminées ou pas

Il convenait de couvrir la prise en charge de victimes sur les 6 ports à hauts passages trans-frontalier (Dieppe, Le Havre, Ouistreham, Cherbourg, Saint-Malo et Roscoff). Ce dispositif a mobilisé directement 7 établissements de santé des ARS de Haute-Normandie, Basse-Normandie et de Bretagne. Les CHU de Rouen, Rennes, Tours et le CH de Bourges (ARS du Centre), ainsi que la plateforme zonale sanitaire de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ont apporté leur soutien en postes sanitaires mobiles (25 à 500 victimes) mais également dans le domaine NRBC (unités mobiles

de décontamination hospitalière, antidotes, respirateurs, oxygène).

• Prendre en matière de formation, les actions pour soutenir les établissements non détenteurs de moyens NRBC

Il s'agit de consolider les annexes NRBC des plans blancs des CH de Cherbourg et de Saint-Malo. Des formations spécifiques NRBC (125 personnes formées) ont été mises en œuvre par les missions NRBC des deux établissements de santé de référence NRBC (CHU de Rennes et Rouen) de la zone Ouest.

Le soutien sanitaire pour les J.O de Londres sur le terrain :

- 11 établissements de santé concernés pour 8 départements ;
- 6 PSM1 (25 victimes) et 2 PSM2 (500 victimes) déployés sur le terrain ;
- 2 modules de décontamination hospitaliers mis en œuvre (dont 270 respirateurs et oxygène associé) ;
- 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.

“ Le gouvernement actualise son plan pandémie grippale en 2013, mettant à profit l'expérience issue de l'épisode épidémique de 2009-2010. Chaque préfeture de zone de défense, chaque préfet de département doit disposer d'un plan en propre pour lequel les ARS et les ARS de zone contribuent fortement. Il est prévu d'impliquer dès la préparation du plan les collectivités territoriales et les professionnels libéraux. Selon le stade et les caractéristiques de l'épidémie, ils seront associés pour une éventuelle vaccination de la population. Les professionnels libéraux seront naturellement au cœur de l'ensemble de la prise en charge sanitaire aux côtés des autres professionnels de santé, hospitaliers en particulier. ”



Christian BAILLY, conseiller sanitaire de la zone Ouest

EN CHIFFRES

- 2 plans zonaux (Pandémie grippale, plan zonal de mobilisation sanitaire)
- 12 inspections d'établissements de santé (le double par rapport à 2011)
- 10 formations NRBC en région pour 218 formateurs d'établissements de santé
- 2 formations « protection du secret de la défense nationale » pour les 5 ARS et 7 établissements de santé
- 536 autorisations d'accès au portail ORSEC et annuaire zonal de gestion de crise



www.ars.bretagne.sante.fr

 www.facebook.com/arsbretagne