



**BRETAGNE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS  
N°R53-2023-112

PUBLIÉ LE 27 OCTOBRE 2023

# Sommaire

## **ARS /**

R53-2023-10-26-00006 - Arrêté C (2 pages)	Page 3
R53-2023-10-26-00001 - Arrêté CD cadre sante 2023 2024 (2 pages)	Page 6
R53-2023-10-26-00003 - Arrêté Comp (3 pages)	Page 9
R53-2023-10-26-00004 - Arrêté CT cadre santé Brest (3 pages)	Page 13
R53-2023-10-26-00007 - Arrêté de publication du PRS2023-2028 (3 pages)	Page 17
R53-2023-10-26-00005 - Arrete-ARS-2023-2024 ESF Rennes complété (2 pages)	Page 21
R53-2023-10-26-00008 - PRS2023-2028 : Cadre d'Orientation Stratégique (54 pages)	Page 24

## **DRAAF /**

R53-2023-10-23-00002 - Publication par voie d'extrait des autorisations tacites du préfet de la région Bretagne relatifs au contrôle des structures agricoles-Département des Côtes-d'Armor (22)- Tacites fin octobre 2023 (3 pages)	Page 79
--	---------

## **DREAL /**

R53-2023-10-24-00003 - Arrêté portant subdélégation de signature au DREAL BRETAGNE (7 pages)	Page 83
--	---------

## **préfecture de région /**

R53-2023-10-25-00002 - 2023_10_25_AR_NOMINATION_CONFERENCE_DES_FINANCEURS (4 pages)	Page 91
R53-2023-10-26-00002 - Arrêté de suppléance régionale de M. ESPINASSE du 28 octobre au 03 novembre 2023 (1 page)	Page 96

ARS

R53-2023-10-26-00006

Arrêté C

Direction de la stratégie régionale en santé  
Direction adjointe Soins de proximité et Formations  
Département des professionnels de santé et de la formation

## ARRETE

### **fixant la composition du conseil de discipline de l'école d'infirmiers anesthésistes du Centre hospitalier régional universitaire de 2023-2024**

#### **Le Directeur général de l'Agence régionale de santé**

Vu le Code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 88.903 du 30 août 1988 modifié créant un diplôme d'Etat d'infirmiers anesthésistes ;

Vu l'arrêté du 23 juillet 2012 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste ;

Vu le décret en date du 1<sup>er</sup> février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA, en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne ;

Vu la décision en date du 13 février 2023 portant délégation de signature de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne à Madame Marine CHAUVET, Directrice-adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé ;

Vu l'arrêté du 26 octobre 2023 fixant la composition du conseil pédagogique de l'école d'infirmiers anesthésistes du Centre hospitalier régional universitaire de Rennes ;

## ARRETE

**Article 1 :** la composition du conseil de discipline de l'école d'infirmier anesthésiste du Centre hospitalier régional universitaire de Rennes est fixée ainsi qu'il suit :

- Le Directeur général de l'Agence régionale de santé ou son représentant, président :  
Madame Thi Thuy BUI ;
- Le Directeur de l'école : Madame Marielle BOISSART ;
- Le directeur de l'organisme gestionnaire ou son représentant : Monsieur PAUL Erwann,
- Un des enseignants médecins spécialistes qualifiés en anesthésie-réanimation désigné lors du conseil pédagogique :

Monsieur le Docteur Sébastien BIEDERMANN, Praticien Hospitalier de la Fédération d'Anesthésie, enseignant à l'école du CHU de Rennes (titulaire) ;

Monsieur le Docteur Thierry DESSIEUX, Praticien Hospitalier, spécialiste qualifié en anesthésie réanimation, enseignant à l'école du CHU de Rennes (suppléant) ;

- L'infirmier anesthésiste accueillant des étudiants en stage :

Madame Julie ROUQUAIROL, Infirmière Anesthésiste diplômée d'état, Pôle ASUR (titulaire) ;

- Les représentants des étudiants élus au conseil pédagogique :

Représentants de la première année (2023-2025)

RIVIÈRE Théo (titulaire),  
BODIER Valentine (titulaire),  
BOURBOUSE Mathieu (suppléant),  
LE BOUQUIN Julie (suppléante)

Représentants de la deuxième année (2022-2024)

Jean-Baptiste BECHU (titulaire),  
Chloé LABOURIER (titulaire),  
Elen GICQUEL (suppléante),  
Erwan COLOMBE (suppléant)

**Article 2** : Le Conseil de discipline est constitué en début de chaque année de formation lors de la première réunion du Conseil pédagogique.

**Article 4** : Le présent arrêté peut être contesté par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux dans le Tribunal Administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou, à l'égard des tiers, à compter de sa publication.

**Article 5** : La Directrice de la stratégie régionale en santé de l'Agence régionale de santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bretagne.

Fait à Rennes, le 26/10/2023

P/La Directrice générale  
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,  
La Directrice adjointe des Soins de Proximité  
et des Formations en santé

Marine CHAUVET

ARS

R53-2023-10-26-00001

Arrêté CD cadre sante 2023 2024



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Direction de la stratégie régionale en santé  
Direction adjointe Soins de proximité et Formations en santé  
Département des formations en santé

## **ARRETE**

### **fixant la composition du conseil de discipline de l'Institut de formation des cadres de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes (2023-2024)**

#### **La Directrice générale de l'agence régionale de santé**

Vu le Code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 95.926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé ;

Vu l'arrêté 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé et notamment son article 17 ;

Vu le décret en date du 1<sup>er</sup> février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA, en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne ;

Vu la décision en date du 13 février 2023 portant délégation de signature de la Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne à Madame Marine CHAUVET, Directrice-adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé ;

Vu l'arrêté du 17 octobre 2023 fixant la composition du conseil technique de l'institut de formation des cadres de santé du Centre hospitalier universitaire de Rennes ;

## **ARRETE**

**Article 1 :** la composition du conseil de discipline de l'institut de formation des cadres de santé du CHU de Rennes est fixée comme suit :

- Le Directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, Président ;
- Le représentant de l'organisme gestionnaire ou son représentant ;
- L'un des enseignants siégeant au conseil technique, issu de la même profession que l'étudiant traduit devant le conseil de discipline, élu par ses pairs :

Monsieur Eric DESEVEDAVY, filière infirmière (titulaire),  
Madame DIRSON Emelyne filière rééducation (titulaire),  
Monsieur Franck COHEN, filière infirmière (titulaire),  
Madame Martine PRIMOIS, filière infirmière (suppléante),  
Monsieur Gilles LE NORMAND; filière rééducateur (suppléant),  
Madame Emilie BURTE, (suppléante), Référent recherche coordination

- L'un des professionnels siégeant au conseil technique, issu de la même profession que l'étudiant traduit devant le conseil de discipline, élu par ses pairs :

Madame Mylène COULAUD, Directrice Coordinatrice Générale des Soins au CHU de Rennes ; filière infirmière (titulaire),  
Madame LE MONTREER Laurence, filière infirmière (titulaire),  
Madame SOUTIF Sylvie, filière médicotechnique (titulaire),  
Monsieur Jean François GUICHOUX, filière rééducation (titulaire),  
Madame Gaëlle BRETON, filière infirmière (suppléante),  
Monsieur Florent BOUSSEAU, filière médicotechnique (suppléant),

- Deux des étudiants siégeant au conseil technique, dont au moins un issu de la même profession que l'étudiant traduit devant le conseil de discipline, élus par leurs pairs :

Madame MAGGIO Delphine ; filière infirmière (titulaire),  
Madame LACOMBE Perrine; filière médicotechnique (titulaire),  
Madame CAMPION Célia; filière rééducateur (titulaire),

Monsieur DEBAST Jean-Charles ; filière infirmière (suppléant),  
Madame GONDOUIN Jennifer ; filière médicotechnique (suppléante)

**Article 2** : Le présent arrêté peut être contesté par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou, à l'égard des tiers, à compter de sa publication.

**Article 3** : La Directrice de la Stratégie Régionale en Santé de l'Agence Régionale de Santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bretagne.

Fait à Rennes, le 26/10/2023

P/La Directrice générale  
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,  
La Directrice adjointe des Soins de Proximité  
et des Formations en santé

Marine CHAUVET



ARS

R53-2023-10-26-00003

Arrêté Comp

Direction de la stratégie régionale en santé  
Direction adjointe Soins de proximité et Formations  
Département des professionnels de santé et de la formation

## ARRETE

### **fixant la composition du conseil pédagogique de l'école d'infirmiers anesthésistes du Centre hospitalier universitaire 2023-2024**

#### **Le Directeur général de l'Agence régionale de santé**

Vu le Code de la Santé publique,

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 88.903 du 30 août 1988 modifié créant un diplôme d'Etat d'infirmiers anesthésistes ;

Vu l'arrêté du 23 juillet 2012 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste ;

Vu le décret en date du 1<sup>er</sup> février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA, en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne ;

Vu la décision en date du 13 février 2023 portant délégation de signature de la Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne à Madame Marine CHAUVET, Directrice-adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé ;

Vu l'arrêté du 15 novembre 2022, fixant la composition du conseil pédagogique de l'école d'infirmiers anesthésistes du Centre hospitalier universitaire de Rennes ;

Sur proposition du directeur de l'école d'infirmiers anesthésistes du Centre hospitalier universitaire Rennes préparant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste ;

## ARRETE

**Article 1** : La composition du conseil pédagogique de l'école d'infirmiers anesthésistes du Centre hospitalier universitaire de Rennes est fixée comme suit :

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé ou son représentant, président :  
Madame Thi Thuy BUI

#### Membres de droit :

Le directeur de l'école : Madame Marielle BOISSART, Directeur des Soins, Coordinatrice Générale des instituts, CHU de Rennes ;

Le directeur scientifique : Monsieur le Professeur Eric WODEY, PUPH, Fédération d'anesthésie ;

Le président de l'université avec laquelle l'école a conventionné ou son représentant : Monsieur le Professeur Emmanuel OGER ;

La responsable pédagogique : Madame Martine PRIMOIS, Cadre supérieur de santé, Responsable de la formation de l'école IADE ;

Des représentants de l'établissement hospitalier de rattachement :

Le directeur de l'organisme gestionnaire ou son représentant : Monsieur PAUL Erwann, Directeur des ressources humaines ou Madame Jeanne DAVENEL, Directrice Adjointe des Ressources Humaines ;

Le coordinateur général des soins ou son représentant : Madame Mylène COULAUD, Directrice Coordinatrice Générale des Soins ou sa représentante Madame Stephanie PINEAU-CARIÉ Directrice des Soins, CHU de Rennes ;

Le président du conseil régional ou son représentant : Madame Elisabeth JOUNEAUX-PEDRONO.

Des représentants des enseignants :

Deux médecins spécialistes qualifiés en anesthésie-réanimation, enseignants à l'école désignés par le directeur scientifique :

Monsieur le Docteur Sébastien BIEDERMANN, Praticien Hospitalier de la Fédération d'Anesthésie, enseignant à l'école du CHU de Rennes (titulaire) ;

Monsieur le Docteur Thierry DESSIEUX, Praticien Hospitalier, spécialiste qualifié en anesthésie réanimation, enseignant à l'école du CHU de Rennes (titulaire) ;

Un enseignant chercheur d'une autre discipline que l'anesthésie-réanimation participant à l'enseignement dans l'école désigné par le directeur de l'UFR ;

Monsieur le Docteur Alexis ARNAUD, Praticien Hospitalier qualifié en Chirurgie Pédiatrique, Orthopédique et Viscérale, Maître de conférences à l'Université (titulaire) ;

Un cadre infirmier anesthésiste, formateur permanent, désigné par le directeur de l'école sur proposition du responsable pédagogique :

Monsieur Jean-Paul DECOENE, Cadre de Santé Infirmier Anesthésiste, diplômé d'état, enseignant à l'école CHU de Rennes (titulaire) ;

Monsieur Bruno CONTAMIN, Cadre de Santé Infirmier Anesthésiste, diplômé d'état, enseignant à l'école CHU de Rennes (suppléant) ;

Un infirmier anesthésiste accueillant des étudiants en stage désigné par le directeur de l'école sur proposition du responsable pédagogique :

Madame Julie ROUQUAIROL, Infirmière Anesthésiste diplômée d'état, Pôle ASUR (titulaire) ;

Des représentants des étudiants : quatre étudiants, élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion :

Représentants de la première année (2023-2025)

RIVIÈRE Théo (titulaire),  
BODIER Valentine (titulaire),  
BOURBOUSE Mathieu (suppléant),  
LE BOUQUIN Julie (suppléante)

Représentants de la deuxième année (2022-2024)

Jean-Baptiste BECHU (titulaire),  
Chloé LABOURIER (titulaire),

Elen GICQUEL (suppléante),  
Erwan COLOMBE (suppléant)

**Article 2** : Les représentants des étudiants sont élus pour un an. Les membres désignés le sont pour quatre ans.

**Article 3** : L'arrêté du 15 novembre 2022 fixant la composition du conseil pédagogique de l'école d'infirmiers anesthésistes du Centre hospitalier universitaire de Rennes est abrogé.

**Article 4** : Le présent arrêté peut être contesté par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux dans le Tribunal Administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou, à l'égard des tiers, à compter de sa publication.

**Article 5** : La Directrice de la Stratégie Régionale en Santé de l'Agence Régionale de Santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bretagne.

Fait à Rennes, le 26/10/2023

P/Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,  
La Directrice adjointe des Soins de Proximité  
et des Formations en santé

Marine CHAUVET

ARS

R53-2023-10-26-00004

Arrêté CT cadre santé Brest

Direction de la stratégie régionale en santé  
Direction adjointe Soins de proximité et Formations en santé  
Département des Formations en santé

## ARRETE

**fixant la composition du conseil technique de l'Institut de formation des cadres de santé du  
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest (2023-2024)**

### **La Directrice générale de l'agence régionale de santé**

Vu le Code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret en date du 1<sup>er</sup> février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA, en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne ;

Vu la décision en date du 13 février 2023 portant délégation de signature de la Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne à Madame Marine CHAUVET, Directrice-adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé ;

Vu le décret n° 95.926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé ;

Vu l'arrêté 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé et notamment ses articles 14,15,16 et 21 ;

Vu l'arrêté en date du 7 octobre 2022 fixant la composition du conseil technique de l'institut de formation des cadres de santé du CHU de Brest ;

## ARRETE

**Article 1 :** la composition du conseil technique de l'institut de formation des cadres de santé du CHU de Brest est fixée comme suit :

- La Directrice générale de l'agence régionale de santé ou son représentant, Président ;
- Le Directeur de l'Institut :
  - ▶ Monsieur Alain TROADEC, Directeur des soins, Directeur IFCS CHU de Brest
- Un représentant de l'organisme gestionnaire ou son représentant :
  - ▶ Madame Anne NOAH

- Un enseignant relevant du ministère, chargé de l'enseignement supérieur lorsque l'institut a conclu une convention avec une université :

- ▶ Madame BIAGINI Sandrine, Maître de conférences, UBO de Brest (titulaire) ;
- ▶ Madame NOURRY Myriam, Maître de conférences, UBO de Brest (suppléante)

- Des enseignants de l'institut, intervenant à temps plein ou à temps partiel, élus par leurs pairs, à raison d'un au moins pour chacune des professions pour lesquelles l'institut est agréé, ainsi que, pour chacune de ces professions, au-delà de quarante étudiants, un membre supplémentaire par tranche de quarante étudiants :

- ▶ Monsieur JAMET François, Enseignant cadre supérieur de santé, IFPS BREST
- ▶ Madame BERGOT Soazig, filière médico-technique (titulaire),
- ▶ Monsieur BEAUMONT Marc, filière rééducation (titulaire),
- ▶ Madame AKLI Florence, filière infirmière (suppléante),
- ▶ Madame HAMON Christelle; filière rééducation (suppléante),

- Des professionnels, désignés par le directeur de l'institut, titulaires du diplôme de cadre de santé exerçant depuis au moins trois ans des fonctions d'encadrement dans un service accueillant des étudiants en stage, en nombre égal par profession, aux enseignants mentionnés ci-dessus :

- ▶ Madame CARSIN Marie-France, filière infirmière (titulaire),
- ▶ Monsieur GAUDIN Olivier, filière médicotechnique (titulaire),
- ▶ Monsieur BRASSEUR Arnaud, filière rééducation (suppléant) ;
- ▶ Madame ALLANIC Murielle, filière infirmière (suppléante),
- ▶ Madame LE BOURHIS Marie, filière médico-technique (suppléante),

- Des représentants des étudiants élus par leurs pairs, en nombre égal, par profession, aux enseignants mentionnés ci-dessus :

- ▶ Monsieur Jean-Christophe VETEL, filière infirmière (titulaire),
- ▶ Madame Caroline DE VECCHI, filière infirmière (suppléante),

- Une personne qualifiée désignée par le directeur de l'institut :

- ▶ Madame Sandrine OLIVE

- Une personne invitée

- ▶ Madame Annabelle GRAND

**Article 2** : La durée du mandat des membres de ce conseil technique est de 5 ans, à l'exception des représentants des étudiants qui siègent pour une durée d'un an.

**Article 3** : L'arrêté en date 2 décembre 2022 fixant la composition du conseil technique de l'institut de formation des cadres de santé du CHU de Brest est abrogé.

**Article 4** : Le présent arrêté peut être contesté par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou, à l'égard des tiers, à compter de sa publication.

**Article 5** : La Directrice de la Stratégie Régionale en Santé de l'Agence Régionale de Santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bretagne.

Fait à Rennes, le 26/10/2023

P/La Directrice générale  
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,  
La Directrice adjointe des Soins de Proximité  
et des Formations en santé

Marine CHAUVET



ARS

R53-2023-10-26-00007

Arrêté de publication du PRS2023-2028

Direction de la Stratégie Régionale en Santé  
Direction adjointe qualité et pilotage  
Département PRS, pilotage et statistique

**ARRÊTÉ**  
**portant adoption du Projet régional de santé de Bretagne 2023-2028**

**La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L1434-1 à L1434-6, et R1434-1 à R1434-11 ;

Vu le Décret du 1<sup>er</sup> février 2023 portant nomination de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Bretagne à Elise NOGUERA ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Bretagne du 25 mai 2023 portant modification de l'arrêté du 16 mai 2022, portant lui-même modification de l'arrêté du 27 octobre 2016 portant adoption des territoires de démocratie sanitaire ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé de Bretagne en date du 10 juillet 2017 portant adoption des zones du schéma régional de santé relatives aux laboratoires de biologie médicale ;

Vu l'arrêté de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Bretagne en date du 25 octobre 2023 portant adoption des zones du schéma régional de santé donnant lieu à répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds ;

Vu l'avis de consultation relatif au projet régional de santé, publié le 20 juillet 2023 au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Bretagne ;

Vu l'avis émis par la conférence régionale de santé et de l'autonomie en sa séance du 17 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie des Côtes d'Armor en sa séance du 20 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie du Finistère en sa séance du 12 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie du Morbihan en sa séance du 12 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par le Préfet de région le 19 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par le conseil régional de Bretagne lors de son assemblée plénière des 11, 12 et 13 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par le conseil départemental des Côtes d'Armor lors de sa commission permanente du 16 octobre 2023 ;

Mél : [ars-bretagne-pilotage@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-pilotage@ars.sante.fr)

Vu l'avis émis par le conseil départemental du Finistère lors de son assemblée plénière du 26 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine lors de son assemblée plénière du 28 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de La Roche Jaudy le 09 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Loc-Eguiner le 06 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Saint-Pabu le 26 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Saint-Méen le 02 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Hirel le 05 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Baulon le 08 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Brie le 11 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Saint M'hervé le 11 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Cintré le 19 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Saint-Germain-Sur-Ille le 26 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Saint-Malo de Phily le 09 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Giupry-Messac le 16 octobre 2023 ;

Vu l'avis émis par la commune de Peillac le 14 septembre 2023 ;

Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé en séance du 06 octobre 2023 ;

## ARRETE

### **Article 1 :**

Le projet régional de santé (PRS) de la région Bretagne 2023-2028 est arrêté pour une période de cinq ans. Le PRS 2023-2028 est composé :

- Du cadre d'orientation stratégique (COS) ;
- Du schéma régional de santé (SRS) ;
- Du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

Le cadre d'orientation stratégique (COS) a été publié en 2018 pour 10 ans et a fait l'objet d'une actualisation pour les 5 prochaines années.

**Article 2** : Le projet régional de santé est consultable sur le site internet de l'Agence régionale de santé de Bretagne à l'adresse suivante : <http://www.bretagne.ars.sante.fr/>

**Article 3** : Un recours contre le présent arrêté peut être formé auprès du Tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

**Article 4** : La Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bretagne.

A Rennes, le 26 octobre 2023

La Directrice générale

  
Elise NOGUERA

ARS

R53-2023-10-26-00005

Arrete-ARS-2023-2024 ESF Rennes complété

Direction de la stratégie régionale en santé  
Direction adjointe Soins de proximité et Formations  
Département des Formations en santé

## ARRETE

### **fixant la composition du Conseil Technique de l'École de Sages-Femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes (2023-2024)**

#### **La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé**

Vu le Code de la santé publique ;

Vu le Code de l'éducation ;

Vu le décret en date du 1<sup>er</sup> février 2023 portant nomination de Madame Elise NOGUERA, en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne ;

Vu la décision en date du 13 février 2023 portant délégation de signature de la Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé Bretagne à Madame Marine CHAUVET, Directrice-adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé ;

Vu l'arrêté du 19 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 11 décembre 2001 modifié relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation des examens ;

Vu l'arrêté du 15 juillet 1986 modifié relatif à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes ;

Vu l'arrêté en date du 19 octobre 2022 relatif au conseil technique de l'école de sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes ;

Vu les propositions du 23 octobre 2023 de la directrice de l'école de sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes relatif à la composition du Conseil technique de l'école de sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes ;

## ARRETE

**Article 1** : la composition du Conseil Technique de l'École de Sages-Femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes est fixée comme suit :

Membres de droit :

- Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant, président :
  - ✓ Madame le Docteur GAUVRIT Cécile, Chargée de mission à l'ARS ;
- Le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine ou son représentant, vice-président :
  - ✓ Madame le Professeur LE JEUNE Florence, Assesseur du Doyen de la Faculté de Médecine de Rennes ;

- Le Directeur de l'établissement gestionnaire ou son représentant :
  - ✓ Monsieur PAUL Erwann, Directeur des Ressources Humaines du CHU de Rennes ;
- Le Médecin Directeur Technique et d'Enseignement :
  - ✓ Monsieur le Professeur LEVEQUE Jean ;
- La Sage-Femme Directrice :
  - ✓ Madame PARENT Malorie ;
- Deux représentants des professeurs enseignants à l'école ;
  - ✓ Monsieur BERANGER Rémi, MCF SF - Enseignant en Recherche ;
  - ✓ Madame le Docteur LE LOUS Maëla, Enseignante en Gynécologie - Obstétrique ;
- Les Sages-Femmes Cadres Enseignant.e.s ;
  - ✓ Madame BARTHELEMY Laure ;
  - ✓ Madame CLOAREC Amélie ;
  - ✓ Madame DONNIO Séverine ;
  - ✓ Madame LEGRAND Anne-Marie ;
  - ✓ Madame PERES RIGOLLET Lucie ;
  - ✓ Monsieur ROBIN Antoine ;
  - ✓ Madame SAUBLET Magalie ;
- Un ou une étudiant.e par année d'étude désigné.e dans les conditions prévues à l'article 4 du règlement intérieur type :
  - ✓ Monsieur BRIELLES Robin, représentant des étudiant.e.s en Sciences Maïeutiques 2<sup>ème</sup> année ;
  - ✓ Madame ROUX Ophélie, représentante des étudiant.e.s en Sciences Maïeutiques 3<sup>ème</sup> année ;
  - ✓ Madame DIORE Eline, représentante des étudiant.e.s en Sciences Maïeutiques 4<sup>ème</sup> année ;
  - ✓ Madame BUISSON Camille, représentante des étudiant.e.s en Sciences Maïeutiques 5<sup>ème</sup> année.

Secrétariat assuré par Madame ROULLEAU Marianne, Adjoint des Cadres

**Article 2** : L'arrêté du 19 octobre 2022 relatif au conseil technique de l'école de l'école de sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes est abrogé.

**Article 3** : Le présent arrêté peut être contesté par voie de recours administratif (gracieux ou hiérarchique) ou par voie de recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification, ou, à l'égard des tiers, à compter de sa publication.

**Article 4** : La Directrice de la Stratégie Régionale en Santé de l'Agence Régionale de Santé Bretagne est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bretagne.

Fait à Rennes, le 26/10/2023

P/La Directrice générale  
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,  
La Directrice adjointe des Soins de Proximité  
et des Formations en santé

Marine CHAUVET

ARS

R53-2023-10-26-00008

PRS2023-2028 : Cadre d'Orientation Stratégique





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE



# Sommaire du Cadre d'Orientation Stratégique

**Une ambition : agir ensemble pour la santé de tous les Bretons**

**Une méthode : élaborer et suivre le PRS de manière concertée**

**Une nécessité : identifier les enjeux des prochaines années en matière de santé**

Les enjeux liés à la démographie et à l'état de santé de la population bretonne

Les enjeux liés à l'organisation du système de santé

Les enjeux liés aux évolutions environnementales et aux déterminants de la santé

**Des perspectives : Neuf orientations stratégiques pour adapter le système de santé aux besoins de la population**

1. S'adapter à de nouveaux environnements et répondre à de nouveaux risques
2. Agir sur les déterminants de la santé en confortant la prévention et la promotion de la santé
3. Favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé
4. Garantir l'accès à une offre de soins et d'accompagnement adaptée sur les territoires
5. Renforcer la prise en charge coordonnée dans les parcours de santé et de vie
6. Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires
7. Agir en faveur de l'autonomie et de l'inclusion des personnes
8. Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et l'innovation en santé
9. Affirmer la place des usagers-citoyens dans le système de santé

**Des perspectives : Planifier les activités soumises à autorisation**

**Des perspectives : Animer et décliner le Projet régional de santé dans les territoires**

# PREAMBULE : UNE MISE A JOUR DU CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE POUR INTEGRER DE NOUVEAUX ENJEUX

Conformément à l'article R.1434-3 du Code de la Santé Publique, le Cadre d'orientation stratégique (COS) détermine les objectifs généraux et les résultats attendus **à dix ans** pour améliorer l'état de santé de la population.

Le diagnostic du Projet régional de santé 2023-2028 pointe des enjeux émergents et la nécessité d'importantes adaptations du système de santé à l'issue de la crise sanitaire à la COVID-19 et au regard des tensions récurrentes qui affectent l'offre de soins.

Les perspectives d'évolution de la démographie des professionnels de santé impactent l'élaboration du Projet régional de santé et nécessite de prendre en compte les tensions actuelles et à venir. Cette situation conduit à une double approche dans le PRS, qui doit constituer un cadre de projet structurant à cinq ans, tout en permettant une mobilisation à très court terme pour apporter des réponses à des besoins ou difficultés immédiates dans les territoires. Au-delà de la structuration du COS, c'est tout l'enjeu pour l'ARS Bretagne et ses partenaires d'apporter prioritairement des réponses adaptées aux besoins des bretons en matière d'accès aux soins, de recrutement et fidélisation des professionnels de santé, ou encore de programmes de prévention et promotion de la santé.

Dans ce contexte, l'ARS Bretagne fait le choix d'une actualisation du COS formalisé en 2018. Cette méthodologie permet de **conserver la structure, les enjeux et certains objectifs énoncés à l'occasion du Projet régional de santé de 2<sup>e</sup> génération. Le COS intègre aussi de nouvelles orientations stratégiques adaptés aux défis émergents ou immédiats.**

Ces orientations visent à :

- ⊕ Prendre en compte l'enjeu de **résilience du système de santé face aux crises et aux risques divers** qui se succèdent, d'anticiper **les impacts sanitaires du changement climatique** et de promouvoir une **approche globale de la santé**, de relever le défi de **l'attractivité des métiers de la santé** et d'accompagner le **renforcement de l'approche territoriale de la politique de santé**.
- ⊕ Renouveler les enjeux déjà identifiés dans le précédent Projet régional de santé, tels que : l'action sur les **déterminants de la santé par la prévention et la promotion de la santé** pour réduire les inégalités sociales de santé, les travaux visant à garantir **l'accès à une offre de soins** et d'accompagnement adaptée sur les territoires, le renforcement de la prise en charge coordonnée dans les **parcours de santé et de vie**, le développement de la réponse à des **enjeux populationnels prioritaires**, la **promotion de la qualité**, de la **sécurité des soins et de l'innovation en santé**.

La structuration générale du COS 2018-2028 est conservée : **Ambition, méthode, enjeux et perspectives.**

Elle permet de présenter les grands enjeux des cinq prochaines années en matière de santé, en tenant compte de l'état de santé de la population, des enjeux régionaux du système de santé, des enseignements de la crise sanitaire et des menaces émergentes, ainsi que du contexte de tensions récurrentes qui affectent l'organisation du système de santé.

Le COS établit également un lien avec les 9 orientations stratégiques qui déterminent les grandes priorités opérationnelles du **schéma régional de santé pour cinq ans**.



# UNE AMBITION : AGIR ENSEMBLE POUR LA SANTÉ DE TOUS LES BRETONS



Le Projet régional de santé (PRS) doit être l'expression d'une vision partagée des évolutions du système de santé pour les prochaines années formalisée dans le Cadre d'orientation stratégique (COS). Le COS prend en compte la Stratégie nationale de santé (SNS), qui constitue le cadre de la politique de santé en France. La Stratégie nationale de santé comporte trois grandes finalités :

- ⊕ Permettre à nos concitoyens de vivre plus longtemps en bonne santé, par la prévention, la promotion de la santé et l'accompagnement à tous les âges de la vie ;
- ⊕ Répondre aux besoins de santé de chacun, sur tout le territoire, avec une offre de santé adaptée ;
- ⊕ Rendre notre système de santé plus résilient et mieux préparé face aux défis écologiques et aux crises.

La Stratégie nationale de santé mobilisera les leviers transversaux suivants pour atteindre ses objectifs :

- ⊕ Replacer les ressources humaines en santé au cœur du système de santé ;
- ⊕ Donner de nouvelles capacités d'action aux acteurs de santé dans les territoires ;
- ⊕ Adapter les modalités de financement à la transformation du système de santé ;
- ⊕ Ancrer la démocratie en santé dans le fonctionnement des institutions de la République ;
- ⊕ Mettre les données et le numérique au service de la santé ;
- ⊕ Miser sur la recherche et l'innovation ;
- ⊕ Eclairer les décisions par de l'évaluation et de la prospective.

Le PRS intègre également les 4 grands enjeux de santé identifiés dans le cadre du volet santé du Conseil national de la refondation (CNR) :

- ⊕ Donner accès à un médecin traitant ou une équipe traitante à tous ;
- ⊕ Avoir une réponse d'urgence partout accessible ;
- ⊕ Faire entrer la prévention dans le quotidien de tous les Français ;
- ⊕ Mobiliser les leviers locaux de l'attractivité pour les métiers de la santé.

Dans la continuité des réalisations des précédents PRS, l'ARS Bretagne s'appuiera sur la mobilisation de tous les acteurs contribuant à l'organisation et au fonctionnement du système de santé breton pour créer les conditions de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population de la région. La recherche de l'engagement des usagers sera également encouragée comme un objectif complémentaire.

Si le nouveau PRS doit prendre en compte les progrès de l'état de santé de la population et les acquis d'une offre de soins, de prévention et d'accompagnement mieux organisée et plus diversifiée, il doit également se fixer comme objectif la définition de grandes priorités afin de faire évoluer en profondeur notre système de santé régional. Dans ce contexte, l'ARS Bretagne s'engage à accompagner l'adaptation du système de santé breton aux défis majeurs de ce début de XXI<sup>ème</sup> siècle autour des priorités suivantes :

- ⊕ **Une meilleure réponse aux besoins identifiés de la population** fondée sur l'analyse des indicateurs de santé régionaux. Il faut soutenir durablement le virage préventif du système de santé ainsi que les démarches probantes en la promotion de la santé car elles vont renforcer la capacité à agir des individus et essayer d'agir sur les principaux déterminants de santé qui sont en lien avec nos conditions de vie au quotidien ;



- ⊕ **L'adaptation du système de santé aux nouveaux environnements et risques** pour accompagner les transitions écologique et énergétique, freiner les impacts sanitaires du changement climatique, renforcer sa résilience face aux crises et aux risques et prévenir les maladies infectieuses et l'antibiorésistance ;
- ⊕ **La lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé** en veillant d'une part à réduire les écarts territoriaux de la Bretagne en matière d'indicateurs de santé et en confortant un maillage équilibré de l'offre de santé, et d'autre part, à mieux caractériser le gradient social et ses impacts sur la santé de la population bretonne ;
- ⊕ **Les recrutements et l'attractivité des métiers de la santé** en adaptant l'offre de formation aux besoins de santé de la population, en accompagnant l'évolution des métiers dans le cadre de la transformation de l'offre et de l'innovation organisationnelle, en soutenant les initiatives favorables à la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social ;
- ⊕ **Une coordination plus forte des interventions et des acteurs auprès du patient** au bénéfice d'une prise en charge globale des besoins de la personne sur des territoires de proximité de manière à favoriser le bien vivre à domicile ;
- ⊕ **Un renforcement de la qualité et de l'efficacité du système de santé** en privilégiant la pertinence des pratiques, la prise en compte des innovations médicales, technologiques ou organisationnelles et l'adaptation aux évolutions de la démographie des professionnels de santé ;
- ⊕ **Une association de tous à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé régionale** par la recherche d'une participation plus affirmée des citoyens, patients, aidants et de leurs représentants aux prises de décisions qui les concernent ainsi que par un partenariat soutenu avec les professionnels, les acteurs institutionnels et les instances de la démocratie en santé.

Ces priorités ambitieuses sont indissociables d'une exigence de lisibilité et d'opérationnalité pour donner du sens à l'action. Ainsi, le PRS a pour but de faciliter l'appropriation par tous des enjeux du secteur de la santé. Il vise également à trouver les meilleures ambitions possibles quant aux objectifs opérationnels à déterminer dans le Schéma régional de santé (SRS) et dans le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

# UNE METHODE : ELABORER ET SUIVRE LE PRS DE MANIERE CONCERTEE

*La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a profondément modifié la structuration des projets régionaux de santé. L'article L1434-1 du code de la santé publique prévoit que le PRS soit constitué de trois documents :*

- ⊕ Le Cadre d'orientation stratégique (COS) ;*
- ⊕ Le schéma régional de santé (SRS) ;*
- ⊕ Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).*

*Le Cadre d'orientation stratégique du PRS contribue à dégager une vision partagée du système de santé s'appuyant sur l'analyse des grandes tendances influençant le rôle, l'organisation et le fonctionnement de tous les acteurs œuvrant dans les champs sanitaire, ambulatoire et médico-social.*



## DES TEXTES...

L'article R1434-3 du code de la santé publique précise : « Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. »

Il comporte les domaines d'action prioritaires de la Stratégie nationale de santé définie à l'article L1411-1-1. Les objectifs et les résultats attendus sont établis en cohérence avec les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie, mentionnés au même article.

« Ces objectifs portent notamment sur :

1. L'organisation des parcours de santé ;
2. Le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements ;
3. Les effets sur les déterminants de santé ;
4. Le respect et la promotion des droits des usagers.

Le Cadre d'orientation stratégique s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé. »

## ... A LA CONCERTATION

L'actualisation du Cadre d'orientation stratégique s'appuie sur une concertation, débutée dès le second semestre 2022. L'ensemble des partenaires a été mobilisé, par le biais des instances de démocratie en santé ainsi que par l'intermédiaire de rencontres bilatérales. Ainsi, la CRSA et ses commissions spécialisées, les conseils territoriaux de santé, ont contribué à la réflexion sur l'élaboration du COS au travers de leurs travaux.

De même, les échanges avec les collectivités territoriales et les élus, l'Assurance maladie et les services de l'Etat ont nourri la rédaction du présent texte, notamment lors des phases de diagnostic puis d'élaboration du PRS.

Les différentes contributions recueillies ont permis de partager la réflexion de façon approfondie et d'enrichir progressivement la rédaction des orientations stratégiques.

## DES PRINCIPES D'ACTION PARTAGES

L'élaboration et le suivi du PRS doit reposer sur la déclinaison régionale de principes d'action identifiés dans la Stratégie nationale de santé :

- ⊕ **Mobiliser** l'ensemble des politiques publiques pour préserver et améliorer la santé de la population, dans une approche coordonnée ;
- ⊕ **Construire** des stratégies d'action permettant de mettre en place des parcours de santé individuels fluides, adaptées aux populations et accessibles à tous ;
- ⊕ **Adapter** les stratégies d'action aux spécificités de chaque territoire et combiner des approches universelles et des approches ciblées pour réduire l'influence de l'origine sociale en matière de santé ;
- ⊕ **Simplifier** le cadre réglementaire et donner davantage de souplesse aux acteurs de terrain ;
- ⊕ **Associer** l'ensemble des acteurs (usagers, élus, professionnels), notamment dans le cadre des instances de démocratie en santé et favoriser la co-construction des politiques de santé ;
- ⊕ **Développer** une culture de transparence, d'indépendance et de prévention des conflits d'intérêt et faire respecter par l'ensemble des acteurs les principes d'éthique et de solidarité (accessibilité, égalité, non-discrimination, continuité...) ;
- ⊕ **Appuyer** les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles et promouvoir une approche

intégrée, systémique et unifiée de la santé dans toutes ses déclinaisons (santé humaine, animale, des écosystèmes...), de type une seule santé.

## VERS LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU PRS

La mise en œuvre du COS est prévue par le schéma régional, ainsi que par un programme spécifique : le PRAPS. La mise en pratique du COS repose sur les principes suivants :

- ⊕ Une déclinaison opérationnelle des orientations stratégiques du COS par des objectifs thématiques constituant le schéma régional et le PRAPS ;
- ⊕ Une structuration du schéma régional en objectifs opérationnels prioritaires, présentés sous un format de fiche projet synthétique autour des enjeux, des objectifs et des actions, de sorte que la déclinaison du SRS conserve une certaine souplesse ;
- ⊕ Un PRAPS pleinement inscrit dans le PRS et qui marque notre attention à la santé des plus démunis et notre souci de non stigmatisation des groupes sociaux ou des personnes en grande difficulté sociale ;
- ⊕ Un PRSE dont la temporalité converge avec celle du PRS 3 pour la période 2023-2028. La population attend des autorités une meilleure prise en compte des impacts de l'environnement sur la santé, notamment en prévention ;
- ⊕ La définition d'indicateurs à suivre dans le cadre du schéma. Les indicateurs ciblés ne prétendent pas à l'exhaustivité et de ce fait n'excluent pas la possibilité d'en observer d'autres, notamment pour suivre une politique spécifique. L'impératif de cohérence avec les indicateurs issus de la Stratégie nationale de santé et de lisibilité d'ensemble impose de ne pas dépasser une centaine d'indicateurs.

L'adoption du PRS ne constitue qu'une étape dans la mise en œuvre de la politique de santé régionale. Faire vivre le PRS nécessitera :

- ⊕ Une démarche d'animation locale du PRS, favorisant la participation des acteurs, élus et partenaires institutionnels à l'appui de la territorialisation de la politique de santé.

Elle passe par l'accompagnement des projets de santé et les dispositifs de contractualisation tels que les CLS ;

- ⊕ Des feuilles de route pour traduire le SRS et le PRAPS en actions, en concertation avec les partenaires, faisant le lien avec les programmes nationaux et les moyens financiers qui leur sont affectés ;
- ⊕ Le partage de certaines actions avec des partenaires institutionnels de l'Agence au travers des modalités de concertation des politiques publiques existantes ou à définir (Collectivités territoriales, Assurance maladie, services déconcentrés de l'Etat...) ;
- ⊕ Un engagement des professionnels de terrain et des usagers dans les initiatives et actions concourant aux objectifs du PRS ;
- ⊕ L'animation du débat citoyen ainsi qu'une valorisation des projets innovants développés sur les territoires par l'intermédiaire des conseils territoriaux de santé ;
- ⊕ Un suivi annuel de la mise en œuvre du SRS, portant sur la réalisation des actions et l'évolution des indicateurs, qui sera partagé avec les partenaires de l'Agence et les instances de démocratie en santé ;
- ⊕ Une évaluation du schéma régional en continue se nourrissant des résultats des études de certaines politiques prioritaires, des apports de la recherche, des réflexions menées par les instances de démocratie en santé.

La réussite du Projet régional de santé sera rendue possible par une démarche de concertation permanente, identique à celle engagée pour sa rédaction, au sein des instances prévues à cet effet (Conseil de surveillance, CRSA, CTS...), auprès des partenaires institutionnels de l'ARS (collectivités territoriales, Assurance maladie, élus), avec les professionnels du secteur de la santé (groupes techniques régionaux, fédérations...), et les représentants des usagers.



# UNE NECESSITE : IDENTIFIER LES ENJEUX DES PROCHAINES ANNEES EN MATIERE DE SANTE

*Partant des constats dressés par les diagnostics régional et territoriaux, il s'agit de dégager les grandes tendances d'évolution et d'anticiper les transformations à terme du système de santé. Les enjeux constituent les questions posées à notre système de santé en région. Leur bonne identification est une des conditions indispensables à la fixation d'objectifs stratégiques adaptés. Les enjeux des prochaines années peuvent être regroupés en trois ensembles : ceux qui sont liés à l'état de santé et à la démographie, ceux qui sont liés à l'organisation du système de santé et aux ressources humaines, et ceux qui sont liés aux évolutions environnementales et aux déterminants de la santé.*

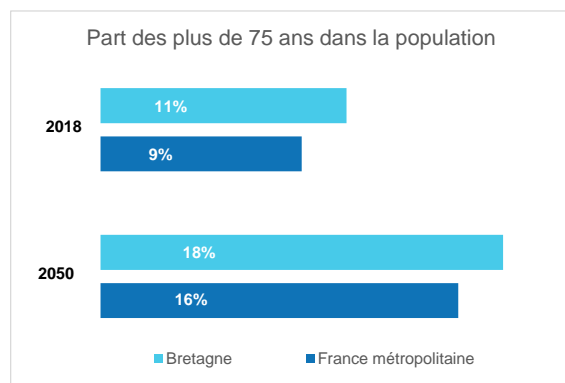




# Les enjeux liés à la démographie et à l'état de santé de la population bretonne

## L'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Bien que bénéficiant d'un des taux de natalité les plus dynamiques d'Europe, la France vieillit. Ce vieillissement résulte d'une baisse du taux de natalité et d'un accroissement de l'espérance de vie. **Ce vieillissement se constate de manière plus forte en Bretagne que pour la France métropolitaine.**



En effet, la population bretonne est plus âgée et vieillit plus rapidement que la population métropolitaine, en raison d'un déficit migratoire entre 20 et 30 ans et de la présence de zones attractives pour les retraités. La population est plus âgée en bordure littorale mais également au centre de la Bretagne, alors qu'elle est plus jeune dans les espaces périurbains des grandes villes. A noter également que la baisse de la natalité est plus marquée en Bretagne qu'en France métropolitaine. Quant aux projections de population à horizon 2050, elles confirment cette tendance structurelle dans notre région. La part des 75 ans et plus va être multipliée par 1,6 dans les 30 prochaines années.

**Les répercussions de ce vieillissement sont déjà perceptibles à ce jour et vont s'accroître, tant en matière de santé que de dépendance.**

En Bretagne, plus de 4 personnes âgées de 75 ans ou plus sur 10 vivent seules à leur domicile. Leurs revenus sont moins élevés qu'en France métropolitaine, de grandes disparités sont observées entre le centre de la Bretagne aux revenus plus modestes et le littoral avec des revenus plus élevés.

En 2021, 29 % des Bretons de 75 ans et plus étaient en perte d'autonomie (c'est-à-dire en situation de dépendance modérée ou sévère, GIR 1 à 4). Ce taux serait de 25 % en 2050.

**La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées dépendantes** devra poursuivre son évolution vers le domicile (développement des services et des types d'accueil intermédiaires), pour pouvoir soutenir les personnes plus longtemps dans leur autonomie. La consolidation de l'offre en hébergement temporaire, d'accueil de jour et de soutien aux aidants devra se poursuivre avec les Départements, chefs de file de la politique en faveur des personnes âgées. Les établissements d'hébergement, actuellement au nombre de 514 pour 40 912 lits et places, devront nécessairement accueillir des personnes plus âgées, avec des niveaux de dépendances plus élevés, souvent liés aux maladies spécifiques du vieillissement (maladies neuro-dégénératives).

Cette offre présente aujourd'hui un taux d'équipement plus favorable qu'au niveau national (118 places d'EHPAD pour 1000 habitants de plus de 75 ans contre 100 au niveau national) sachant que 1703 places d'USLD adossées aux centres hospitaliers viennent compléter cette offre. Le nombre de places en accueil temporaire et en accueil de jour est également plus élevé en région, à l'exception du Morbihan : 2,9 places en accueil temporaire d'EHPAD pour 1 000 habitants de plus de 75 ans contre 2,2 au niveau national et 2,1 vs 1,9 pour l'accueil de jour. Les capacités d'évolution existent toujours. La structuration des filières gériatriques au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et leur intervention hors les murs contribuent à coordonner cette offre afin d'éviter le recours aux urgences des personnes âgées.

Le vieillissement touchant toutes les catégories de la population, **l'offre destinée aux personnes en situation de handicap devra également continuer à s'adapter** pour prendre en charge les personnes vieillissantes et d'une manière plus générale mieux répondre aux besoins des personnes aux âges charnières de la vie d'une personne en situation de handicap. Cette évolution est d'autant plus importante qu'elle a en effet un impact direct sur le parcours de santé et de vie des

personnes : prévoir des parcours de vie adaptés pour les travailleurs handicapés arrivant à l'âge de la retraite peut permettre de libérer des places d'ESAT et de faciliter ainsi l'intégration des jeunes jusqu'alors maintenus en établissement pour enfants (« amendement Creton »). Par ailleurs, le vieillissement de la personne en situation de handicap fait ressortir de façon plus prégnante la problématique générale de leur accès aux soins somatiques et à la prévention, qui devra être amélioré.

**Les politiques de prévention et de promotion de la santé** doivent continuer de prendre en compte cette réalité démographique en développant l'objectif du bien vieillir (nutrition, activité physique, mémoire, relations sociales...), en veillant à son intégration dans les politiques territoriales concernées (notamment les politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire) et en sachant repérer plus tôt et mieux l'apparition des signes de la perte d'autonomie ainsi que les maladies chroniques quand elles sont liées à l'âge.

## LA REDUCTION DE LA SURMORTALITE EN MATIERE DE CANCER ET DE MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Si les maladies chroniques posent une question d'ensemble à notre système de santé, les cancers et les maladies cardio-vasculaires doivent faire l'objet dans notre région d'un engagement renforcé.

**L'espérance de vie des Bretons s'est améliorée depuis l'an 2000 et rejoint celle de la population française**, se situant à 79 ans pour les hommes (contre 79,4) et à 85,1 ans (contre 85,5) pour les femmes. **Cet écart s'explique par une surmortalité persistante notamment pour les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire :**

- ⊕ Pour les cancers, première cause de mortalité masculine dans la région, les indicateurs de mortalité sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine pour les hommes (+7 %) ;
- ⊕ Pour les maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité féminine dans la région, on constate une surmortalité de 14 % chez les hommes et 15 % chez les femmes.

Si des gains d'espérance de vie peuvent être réalisés par un meilleur accès aux soins, en particulier aux opérations d'urgence dans le cadre de certaines pathologies cardio-vasculaires, l'effort le plus important est à mener sur la prévention de ces pathologies, d'autant que l'espérance de vie en bonne santé tend à stagner.

On sait que les causes de ces maladies sont multifactorielles et ont trait aux comportements individuels (tabac, alcool, alimentation, activité physique), aux facteurs socio-culturels, à l'environnement et à l'exposition professionnelle. On sait également que la Bretagne se distingue plutôt du reste de la France par une **meilleure pratique sportive**, une **moins grande prévalence du diabète et de l'obésité**, et que les conditions socio-économiques (chômage et pauvreté) y sont moins défavorables. Les différences épidémiologiques s'expliquent

essentiellement par des déterminants liés aux comportements individuels en premier lieu desquels **la consommation d'alcool et de tabac, plus présente dans notre région qu'ailleurs en France. Enfin, en matière de cancers liés à l'environnement, la région est particulièrement concernée par les risques liés au radon mais aussi à l'exposition solaire.**

Concernant l'alcool, la Bretagne ne se distingue pas par sa consommation quotidienne mais par sa consommation hebdomadaire : 43,5 % des 18-30 ans consomment de l'alcool de manière hebdomadaire, ce qui est significativement supérieur à la moyenne nationale (32,5 %). Chez les 18-75 ans, la Bretagne est la seule région ayant une prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (20,5 %) significativement supérieure à la moyenne des autres régions (moyenne métropolitaine de 16,2 %). Ceci est d'autant plus préoccupant que, si la consommation quotidienne est en baisse, la fréquence des ivresses est en augmentation.

Le taux de mortalité liée à la consommation de tabac est supérieur de +10 % à celui de la France métropolitaine chez les hommes, et de +18 % chez les femmes. Les disparités sont fortes selon les départements, le Finistère étant le plus touché.

En Bretagne, 20 % des décès par cancer du poumon seraient liés au radon, cancérogène environnemental agissant en synergie avec le tabac. Là encore, le Finistère est le département le plus touché, près de 90 % de la population habitant dans une commune à risque élevé d'exposition au radon.

Ces constats sont à rapprocher d'un gradient **territorial de la mortalité, celle-ci étant plus élevée dans l'ouest de la Bretagne**. Pour la mortalité générale, le Finistère présente la situation la plus défavorable, tant pour les hommes que pour les femmes, suivi par le

Morbihan. Seule l'Ille-et-Vilaine est en sous-mortalité par rapport à la France. Bien qu'en surmortalité pour les hommes, les Côtes-d'Armor se situent à un niveau comparable pour les

femmes. Concernant la mortalité prématurée évitable, l'Ille-et-Vilaine se distingue avec la position la plus favorable au sein de la région et un taux proche de la moyenne nationale.

## L'AMELIORATION DE LA SANTE MENTALE ET LA DIMINUTION DE LA MORTALITE PAR SUICIDE

L'amélioration de la santé mentale en Bretagne constitue un enjeu fort pour les prochaines années. Les chiffres restent en effet particulièrement préoccupants :

- ⊕ Par rapport à la France métropolitaine, la région affiche des **taux de personnes traitées par anxiolytiques significativement supérieurs** chez les hommes (+17 %) comme chez les femmes (+10 %). Quant à la prévalence pour les antidépresseurs, elle est également plus élevée, de plus 10 % chez les hommes et de plus 5 % chez les femmes ;
- ⊕ Le taux standardisé de **recours à l'hospitalisation en psychiatrie est, en 2021, de 390 pour 1 000 personnes contre 300 au niveau national**, soit un écart de 30 % ;
- ⊕ La **schizophrénie** est la première cause d'hospitalisation en psychiatrie (30 %) dans la région, la deuxième cause est la **dépression** comme au niveau national (29 %), les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool sont la troisième cause d'hospitalisation (14 % vs 8 % au niveau national).

La consommation de soins en psychiatrie se caractérise par **un plus fort recours à l'hospitalisation** qui est sans doute à rapprocher de l'état de l'offre existante. La Bretagne bénéficie d'un taux d'équipement de 1,7 lits et places pour 1 000 habitants contre 1,2 au niveau national. On peut également noter que la **densité de psychiatres libéraux est en revanche nettement inférieure à la moyenne nationale**

en Bretagne : 6,4 pour 100 000 habitants en 2021 contre 9 sur la France entière.

Les données relatives à la prévalence, tout comme celles sur les causes des séjours, montrent que les problématiques de santé mentale et de pratiques addictives sont fortes. L'enjeu est donc de réduire ces écarts avec le niveau national, que ce soit par une meilleure prise en charge des addictions et des troubles mentaux, ou par une approche moins centrée sur les séjours en hospitalisation complète.

Aussi, la crise COVID-19 a fortement impacté les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Les constats et alertes des professionnels convergent vers une dégradation de leur santé mentale, une paupérisation de beaucoup d'entre eux ainsi qu'une perte de confiance en l'avenir.

La région connaît de loin **la plus forte mortalité** des régions hexagonales, avec un différentiel de 52 % chez les hommes et de 51 % chez les femmes avec le niveau métropolitain. La mortalité masculine a diminué dans la région au même rythme qu'en France métropolitaine depuis la période 2003-2007 (-21 %), tandis que chez les femmes, la baisse est plus soutenue en Bretagne (-36 % vs -30 %), réduisant ainsi l'écart entre les niveaux régional et national.

**Cette diminution peut être attribuée à la mise en œuvre de façon coordonnée d'un ensemble d'actions de prévention du suicide** (dispositif Vigilans ; formations au repérage, à l'évaluation et à l'intervention face au risque suicidaire ; actions de prévention...) reprises et renforcées par la stratégie régionale de prévention du suicide en 2020.

## LA PRISE EN COMPTE DES SPECIFICITES REGIONALES EN MATIERE D'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET DE MILIEU PROFESSIONNEL

L'action des pouvoirs publics en matière d'environnement naturel et professionnel devra mieux prendre en compte les spécificités régionales.

En matière de **santé au travail**, la forte représentation de certains secteurs d'activité en

Bretagne (agriculture, industrie agro-alimentaire, bâtiment) présentant des conditions de travail difficiles a pour conséquence la survenue plus fréquente de maladies professionnelles ou d'accidents du travail (l'Ille-et-Vilaine étant le département le moins touché). Par ailleurs, les **troubles musculo-squelettiques** représentent

en Bretagne plus de 96 % des maladies professionnelles, l'indice de fréquence étant **deux fois plus élevé qu'au niveau national**. Il y a donc un enjeu fort de coordination entre l'ARS et les services de l'Etat (DIRECCTE) pour que les objectifs des actuels et futurs plans régionaux santé au travail (PRST) soient complémentaires des objectifs du PRS et renforcent ainsi leurs effets grâce à la mobilisation de tous les acteurs (employeurs, salariés, administrations, CARSAT...).

En ce qui concerne les déterminants liés à **l'environnement**, la région est soumise à des **enjeux concentrés sur les principales agglomérations et les zones côtières, le poids des secteurs agricole et agro-alimentaire est particulièrement important**.

#### Les spécificités régionales concernent :

- ⊕ **L'habitat**, avec les émissions de **radon**, du fait du sous-sol granitique de la région.
- ⊕ **L'air extérieur** : la Bretagne est régulièrement concernée par des épisodes de pollution aux particules fines issues de trois sources principales (chauffage, transport, agriculture, émettrice notamment d'ammoniac, gaz précurseur de particules fines) ; Ces pics sont la partie visible d'une pollution de fond qui impacte le plus la santé des populations.
- ⊕ **La qualité des eaux potables** : les ressources en eau de la Bretagne sont

essentiellement d'origine superficielle, et plus sensibles aux pollutions. **Les non-conformités de l'eau au robinet en nitrates sont en diminution quasi constante depuis 15 ans et les concentrations sont inférieures à la moyenne nationale**. Cependant, avec l'amélioration des techniques analytiques des laboratoires, de nouvelles molécules (comme les métabolites de pesticides) sont mises en évidence dans nos eaux bretonnes. Les équilibres sont ainsi très fragiles en matière d'eaux brutes. Les eaux de baignade en mer sont de bonne qualité, mais un nombre important de sites de pêches à pied sont dégradés et la prolifération des algues vertes reste à surveiller.

Au-delà de ces spécificités « historiques », la santé environnementale est un champ en perpétuelle évolution, au croisement entre la promotion de la santé et la veille et la sécurité sanitaires, se traduisant par des problématiques ou enjeux émergents : maladies vectorielles, changement climatique, réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, ou encore l'approche « une seule santé », qui rappelle que la santé humaine et celle des écosystèmes végétaux et animaux sont étroitement liées.

Tous ces enjeux sont intégrés au sein du Plan régional santé-environnement 2023-2028.

# Les enjeux liés à l'organisation du système de santé

## L'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE A LA PREVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES

Le vieillissement de la population tout comme les autres facteurs liés au mode de vie dans les sociétés industrialisées (alimentation, sédentarité, stress, pollution, alcool, tabac...) s'additionnent pour expliquer la prédominance des maladies chroniques, qui ont pris le pas sur les maladies infectieuses en terme de mortalité et de morbidité.

Cette **transition épidémiologique** a des effets largement observables aujourd'hui qui continueront de se manifester durant les prochaines années. C'est un phénomène général au niveau national ; **le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) a augmenté de manière très prononcée : il est passé de 3,3 millions en 1994 à 12,1 millions en 2021.** Ont été rappelés plus haut les chiffres de la mortalité liée au cancer et aux maladies cardio-vasculaires, qui touchent la Bretagne plus fortement que le reste de la France. Le fait que les données bretonnes du diabète et de l'obésité soient moins dégradées qu'au niveau national ne leur enlève pas leur caractère préoccupant. Les conséquences sanitaires du changement climatique risquent d'accentuer ce phénomène de maladies chroniques (problèmes respiratoires, allergies, santé mentale, etc...).

**La prédominance des maladies chroniques** ou « non transmissibles » pose la question de **l'adaptation de notre système de santé.**

Notre système est plutôt tourné vers le curatif. Or, les causes des maladies chroniques sont principalement à rechercher dans les modes de vie des personnes. Nous devons donc impérativement renforcer l'effort sur les déterminants de santé et **rendre le système de santé plus préventif** qu'il n'est aujourd'hui. Ceci implique une action plus coordonnée avec les autres acteurs publics, pour influencer positivement sur les modes de vie et les environnements, notamment en matière de scolarité, d'urbanisme, de milieu de travail...

Une personne atteinte de maladie chronique est affectée sur le long terme, et sa maladie peut être porteuse d'autres complications pour sa santé et de répercussions sur sa vie sociale (logement, travail, alimentation, déplacements...). Ces caractéristiques nécessitent un suivi adapté de la part des professionnels traitants.

Par conséquent, le système de santé doit poursuivre son adaptation en prenant en compte les critères suivants :

- ⊕ **Etre coordonné dans sa construction** : l'offre de santé doit être adaptée au parcours des personnes, et prévenir les ruptures dans les prises en charge ;
- ⊕ **Etre coordonné dans sa mise en œuvre** : les professionnels de santé ainsi que les établissements et services doivent travailler en meilleure coordination autour de la personne, pour favoriser une prise en charge globale et la pertinence du parcours, éviter les pertes d'informations, les soins redondants, les difficultés d'orientation des personnes et de leurs aidants ;
- ⊕ **Etre centré sur le lieu de vie** : Le soutien des personnes sera recherché en priorité à leur domicile, dans leur environnement quotidien, par la coordination des services spécifiques, le développement des hospitalisations en ambulatoire ainsi que des possibilités d'accueil modulaire entre établissement et domicile. Le développement de solutions d'aller-vers et de mobilité en santé est appelé à se renforcer ;
- ⊕ **S'appuyer sur la personne** et ses compétences, ainsi que sur ses aidants. La participation de la personne concernée est à rechercher, en renforçant ses compétences en santé, dans le respect de ses choix. De même, le soutien entre pairs, le partenariat avec les professionnels de santé, et le soutien des aidants seront à privilégier ;
- ⊕ **Permettre aux personnes en situation d'ALD** de bénéficier d'un suivi par un médecin traitant.

Ces changements sont initiés. **Les prochaines années viseront à conforter les transformations et organisations nécessaires à ces besoins de prise en charge.**



## L'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE FACE AUX CRISES ET AUX RISQUES

**Le système de santé a une mission de protection de la population en cas d'évènements exceptionnels**, que ce soit par leur gravité ou leur ampleur. Il s'agit d'être en mesure de déployer une réponse adéquate, organisée, rapide et proportionnée, aux besoins liés à ces situations sanitaires exceptionnelles.

Notre système fait régulièrement face à des évènements sanitaires tels que des cas de maladies transmissibles (méningites, tuberculoses, rougeole...) ou pouvant avoir un impact sanitaire comme des accidents routiers importants. Il tient également compte des grands risques technologiques et environnementaux (industries chimiques et nucléaires, pollutions maritimes...). Mais **cette préparation du système de santé doit être constamment réinterrogée et actualisée pour tenir compte du niveau de la menace et des expériences de gestion de crise.**

A cet égard, les 3 ans de crise sanitaire liée à **l'épidémie à la COVID-19** ont mis en lumière le rôle central de l'ARS dans le pilotage et l'organisation du système de santé face à une situation exceptionnelle. Les enseignements du retour d'expérience régional réalisé nourrissent le cadre de réponse opérationnelle du système de santé face aux futures situations sanitaires exceptionnelles.

Par ailleurs, **les menaces ont évolué et impliquent** un risque plus élevé d'attentats, dont certains à l'arme de guerre. Certains épisodes climatiques (épisodes de fortes chaleurs, de sécheresse, d'inondations...) pourront également survenir à échéance plus rapprochée du fait du changement climatique.

Certains évènements peu exceptionnels en soi peuvent en outre avoir, du fait de la **vulnérabilité d'une partie de la population** (personnes âgées, personnes résistantes aux antibiotiques ou non vaccinées...), des répercussions plus graves que par le passé comme les épisodes de forte chaleur ou de grippe saisonnière, par exemple.

La **diversité des risques sanitaires** (médicaments, maladies infectieuses transmissibles, pollutions environnementales...), rend particulièrement difficile leur surveillance, notamment dans des situations d'incertitude et de controverse scientifique, avec des signaux d'alerte

faibles ou difficiles à caractériser.

**L'opinion publique** est devenue plus exigeante vis-à-vis des pouvoirs publics et du système de santé, et souhaite à juste titre une protection optimale. Cette exigence nécessite une information vérifiée, documentée, excluant toute rumeur. Mieux répondre à la demande sociale signifie donc intervenir de manière toujours plus adaptée face aux crises, tout en délivrant une communication fiable susceptible d'inspirer la confiance.

L'enjeu pour le système de santé est de **s'adapter aux nouvelles menaces**, et de toujours **améliorer sa capacité de surveillance préventive** et de **prise en charge rapide et efficace** de la population durant les crises. Il conviendra, en pleine coordination avec l'ensemble des partenaires, dont le service de santé des armées, de renforcer les capacités de surveillance et de traitement des signaux d'alerte, ainsi que d'améliorer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles.

Au-delà de la gestion des conséquences de la dégradation des écosystèmes et des crises climatiques sur la santé des populations, le système de santé va devoir s'adapter **pour réduire ses émissions de gaz à effet de serre (GES) et sa dépendance aux énergies fossiles** en trouvant d'autres ressources. **Le système de santé représente 8 % de l'empreinte carbone nationale**, dont plus de la moitié liée aux achats (médicaments et dispositifs médicaux en premier lieu). Les secteurs tels que l'alimentation, les bâtiments et les transports sont également prioritaires en termes d'émissions (rapport du Shift Project, 2021).

Il est donc nécessaire que ce secteur contribue à la baisse des émissions de GES de 5 % par an jusqu'en 2050 qui permet de rester en deçà d'une hausse de la température moyenne sur Terre de +2° C.

Accroître la résilience du secteur de la santé impose notamment de placer la notion de sobriété au centre des pratiques de soin et des modes de vie, en renforçant la prévention afin de limiter les actes et les prescriptions évitables, mais aussi de former les personnels soignants et les acteurs de la santé publique aux enjeux environnementaux.

## L'IMPACT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE ET DES NOUVEAUX MODES D'EXERCICE

La Bretagne compte 3 120 **médecins généralistes libéraux** au 31 décembre 2022, soit une hausse de 2 % par rapport à 2018 alors que dans le même temps presque l'ensemble des régions françaises fait face à des baisses d'effectifs sur cette période. La densité de médecins généralistes libéraux se maintient à 9,3 pour 10 000 habitants, alors qu'elle est de 8,4 en France, témoignant de l'attractivité de la région pour cette spécialité.

Le phénomène de vieillissement de la population médicale s'est légèrement atténué depuis 2018 avec 21,9 % de médecins âgés de 60 ans ou plus (23,1 % en 2018), a contrario de la tendance nationale (32,0 % en 2022 vs 30,9 % en 2018). Au-delà des données régionales, des situations très contrastées sont observées d'un territoire à l'autre, avec un fort gradient entre le littoral et les territoires du centre Bretagne.

A cet égard, **les mesures pour maintenir l'attractivité de l'exercice libéral doivent être confortées**. En effet, les nouveaux professionnels formés manifestent le souhait de conditions de travail permettant une meilleure conciliation entre vie personnelle et professionnelle et privilégient un exercice plus regroupé. Ainsi, la nouvelle génération de médecins généralistes ne s'installe plus systématiquement à la sortie des études et opte de plus en plus pour un statut de médecins remplaçants ou pour une orientation vers un exercice salarié jugé moins contraignant

La **promotion des stages en libéral au cours de la formation, l'accompagnement dans les démarches d'installation, la mise en place de conditions d'exercice regroupé** sont autant de leviers à développer pour rendre attractif l'exercice libéral et répondre au problème de démographie médicale sur certains territoires, sachant que la répartition des professionnels est une préoccupation majeure. Ces dispositifs ont été mis en œuvre dans la région avec succès depuis 2010, et devront à ce titre poursuivre leur développement :

- ⊕ 152 contrats d'engagements de service public signés avec des étudiants en médecine, pour favoriser leur installation en zone sous-dotée ;
- ⊕ 49 contrats de début d'exercice ont été signés depuis leur mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2021, pour aider les jeunes médecins durant les deux premières années de leur installation en zone sous-dotée ;

- ⊕ 136 maisons de santé pluri-professionnelles en 2021, soit une augmentation de 44 dispositifs par rapport à 2017.

Concernant la situation des **médecins spécialistes libéraux bretons**, la situation est contrastée selon les spécialités. La Bretagne comptait ainsi, au 31 décembre 2021, 1 608 médecins spécialistes, en diminution par rapport à 2018 de 0,3 % (situation moins défavorable qu'au niveau national). Les gynécologues-obstétriciens libéraux, les pneumologues, les psychiatres et les dermatologues sont moins nombreux qu'en 2018 et leur évolution est plus défavorable qu'en France. Les ophtalmologues connaissent également une dégradation de leurs effectifs mais dans des proportions bien moindres que les effectifs nationaux, tout comme les rhumatologues. Au contraire, plusieurs spécialités ont connu une évolution favorable sur les dernières années : la pédiatrie, la cardiologie, l'oto-rhino-laryngologie (contrairement à l'évolution nationale), la radiologie et l'imagerie, et la neurologie.

L'accompagnement **du développement des nouveaux métiers du domaine de la santé et de nouveaux modes de coopération** constitue un axe stratégique au cours des prochaines années afin d'accroître le temps médical disponible, d'apporter des solutions de recours ou de continuité des parcours dans les territoires et au sein des établissements : infirmières en pratique avancée, protocoles de coopération entre les professionnels, assistants médicaux.

Ces tensions démographiques et les évolutions des aspirations professionnelles peuvent avoir d'importants effets sur l'offre hospitalière et sa répartition sur la région. A cet égard, les établissements de santé et du secteur médico-social sont confrontés à **des tensions sans précédents en matière de ressources humaines, aggravées par les difficultés d'attractivité sectorielle de ces structures** depuis la crise COVID-19.

La période est marquée par une importante tendance des professionnels soignants à changer de mode d'exercice voire à changer de secteur d'activité avec des réorientations professionnelles en dehors du secteur de la santé. Sur le plan des ressources médicales et pharmaceutiques, la plupart des spécialités connaissent une situation démographique tendue, avec un risque pour la continuité d'activité dans certains établissements, notamment pour les activités à fort enjeux de

permanence de soins (urgences, maternité). Ainsi, fin 2021, sur 2 556 postes de praticiens en médecine générale en Bretagne, 726 postes étaient vacants en établissements publics de santé soit 28,4 % des postes. Au regard de ces difficultés de recrutement du personnel médical, il est constaté une progression constante du nombre de contrats de cliniciens, qui sont passés de 43 en 2017 à 109 au 30 novembre 2021. L'intérim a également fortement progressé, particulièrement en établissements publics de santé. La mise en œuvre des mesures d'encadrement de la rémunération dans le champ de l'intérim médical depuis 2023 constitue un vecteur d'amélioration qui doit néanmoins faire l'objet d'une vigilance dans les territoires. Pour le personnel non médical, les difficultés de recrutement sont de plus en plus importantes notamment sur les métiers infirmiers et aides-soignants.

Les **coopérations territoriales entre établissements constitueront des modalités de** réponse adaptées aux enjeux de la démographie des professionnels, par des équipes médicales partagées, une meilleure gradation des actes et des soins entre les différents plateaux techniques, ainsi des consultations externes sur les territoires. En complément des nouvelles modalités de coopération et des nouveaux métiers évoqués supra, **l'accompagnement du secteur afin d'améliorer la qualité de vie au travail** et d'agir sur la culture managériale et de gouvernance sera à poursuivre dans le but de renforcer l'attractivité et la capacité de fidélisation des structures.

## L'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE AUX INNOVATIONS

Sur les prochaines années, le développement des progrès médicaux, technologiques et organisationnels va continuer à s'intensifier, ouvrant de grandes opportunités que le système de santé devra saisir.

l'efficacité des médicaments (utilisation de « nano-véhicules »), le traitement des cellules tumorales par action physique directe sur les cellules, ou encore l'ingénierie tissulaire (os, peau, cartilage).

Des **innovations médicales majeures** transformeront dans l'avenir les soins de manière conséquente. Parmi celles-ci, on mentionnera :

Ces révolutions médicales sont complétées par celles issues des innovations issues des technologies de l'informatique. Elles recouvrent plusieurs champs :

- ⊕ **La génomique** : le séquençage de l'ADN humain et l'étude de son fonctionnement favorisent le développement actuel de la médecine prédictive, pouvant expliciter aux patients leurs prédispositions génétiques à une maladie et permettre d'adapter en fonction la prévention ou le traitement nécessaire. La génomique ouvre également la voie à une véritable thérapie génique, qui est encore balbutiante à ce jour, mais dont le potentiel de développement est considérable ;
- ⊕ **L'immunothérapie** : cette technique est appelée à poursuivre le fort développement constaté au cours du précédent PRS ;
- ⊕ **La thérapie cellulaire** : il s'agit, à partir de cellules souches, de pouvoir cultiver des cellules de sorte à reconstituer certains organes défaillants, ouvrant la voie à une médecine dite « régénérative » ;
- ⊕ **La nanomédecine** : l'essor des nanotechnologies permet des progrès considérables dans le diagnostic,

- ⊕ **L'assistance à la prévention au diagnostic** : les patients pourront développer un rôle actif dans leur propre santé en s'aidant d'objets connectés (smartphones, montres connectées), et les professionnels de santé pourront avoir accès à des fonctions étendues d'aide au diagnostic qui permettront de simplifier la prise en charge, tout en s'assurant du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ;
- ⊕ **La robotisation** continuera son développement dans les opérations chirurgicales, permettant à la fois des opérations moins invasives donc moins risquées, et des réalisations à distance ;
- ⊕ **Les dossiers communicants**, comme l'espace numérique de santé généralisé via « Mon Espace Santé » facilitent grandement le parcours du patient et le partage de données via le dossier médical ou la messagerie sécurisée. Il permet également l'accès à différents services numériques de santé appelés à accompagner les usagers dans leurs parcours ;



- ⊕ **L'intelligence artificielle (IA) en santé** est appelée à jouer un rôle central dans les révolutions médicales en cours. Avec l'avènement des objets connectés de santé et le développement de la capacité des solutions d'IA, les diagnostics de nombreuses pathologies sont susceptibles de connaître des améliorations particulièrement significatives. Son développement doit être accompagné au regard des enjeux éthiques qu'il soulève.

Durant la crise COVID-19, **les usages de la télémédecine se sont accélérés**. Passé le contexte d'exception de cette crise sanitaire, l'appropriation durable de la téléconsultation par les professionnels de santé et le développement de la télésanté constitueront des enjeux pour les prochaines années, dans tous les territoires et tous les secteurs, notamment ceux qui ont peu bénéficié des évolutions liées de la crise sanitaire, comme le secteur du handicap. La télésanté facilitera la surveillance quotidienne du patient à distance (télé-surveillance), l'accès du patient à des consultations médicales (téléconsultation), ainsi que l'accès des médecins de premier recours à des avis spécialisés (télé-expertise). Il s'agit là d'une des réponses efficaces à la problématique de l'accès aux soins.

**Les modes d'organisation des professionnels** continueront de constituer un axe d'innovation. D'importants progrès ont été réalisés grâce à l'engagement des professionnels de santé pour les alternatives à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire, récupération rapide après chirurgie, hospitalisation à domicile...), dans l'organisation du parcours de la personne (dispositifs d'appui à la coordination) ou dans les nouvelles formes de prise en charge médico-sociales (accueils séquentiels, accueil de jour, « dispositif ITEP », baluchonnage...).

Bien qu'ayant un fort potentiel bénéfique pour les usagers et pour le système de santé, toutes ces innovations ne se développeront pas systématiquement de manière spontanée. Elles sont indissociables des apports **la recherche** médicale et en sciences, dont les résultats contribuent à enrichir la politique de santé régionale.

**L'ARS continuera de s'inscrire comme facilitateur du développement et de l'accompagnement pour la mise en pratique des innovations** dans le système de santé, pour exploiter les opportunités que représenteront les progrès de la prochaine décennie.

## L'EXIGENCE ACCRUE DE SECURITE, DE QUALITE ET DE PERTINENCE DANS LE SYSTEME DE SANTE

L'utilisateur a vu sa relation au système de santé évoluer considérablement **dans le sens d'une plus grande exigence de qualité**. En réponse le système de santé a fait progresser ses standards et offre à présent un paysage où la qualité et la sécurité des soins en établissements sont mesurées et publiées, où le secteur sanitaire est régulièrement certifié et le secteur médico-social évalué, et où se développent les nouveaux métiers liés à la qualité, à l'analyse des risques et à la pertinence des soins.

Cependant, la notion de « qualité » n'est pas intemporelle, elle ne peut se concevoir qu'en fonction de l'évolution du système de santé et des besoins de la société. **Quand le système évolue dans ses prises en charge, les exigences de qualité doivent évoluer également pour s'adapter** à cette nouvelle donne. C'est d'ailleurs ce qui conduit les référentiels de certification des établissements de santé à évoluer régulièrement depuis leur création.

La qualité doit donc prendre en compte :

- ⊕ Un système prenant en charge une population vieillissante ;

- ⊕ Un système fondé sur le virage ambulatoire ;
- ⊕ Un système de plus en plus tourné vers le parcours de la personne dans son ensemble ;
- ⊕ Des sources d'information grand public foisonnantes ;
- ⊕ Les questions d'éthique posées par les innovations et les nombreuses tensions, notamment en matière de ressources, qui affectent le secteur médico-social ;
- ⊕ La promotion de la bientraitance tout en luttant contre la maltraitance.

**Les exigences de qualité doivent d'abord s'adapter au vieillissement de la population et aux évolutions de l'offre**. Dans un contexte marqué par la crise ORPEA et la diffusion d'un nouveau référentiel par la Haute Autorité de Santé, les EHPAD devront poursuivre leur adaptation aux personnes de plus en plus âgées et dépendantes, afin d'élever leurs standards de sécurité sanitaire (vaccination du personnel, meilleure surveillance

de la iatrogénie médicamenteuse...) et adapter leurs critères de bienveillance à un public très dépendant.

**La qualité doit également évoluer face à un système de santé qui renforce l'hospitalisation ambulatoire, ainsi que les prises en charge au domicile.**

Il est en effet plus complexe sur le plan de l'organisation de surveiller la personne en pré et post-interventionnel lors des interventions de chirurgie ambulatoire (toilette pré-opératoire au domicile du patient, rappel du lendemain...) qu'en hospitalisation complète, notamment pour une population vieillissante. Sans un niveau de qualité optimal, les risques de ré-hospitalisations peuvent être fréquents, et le patient, voire les équipes médicales, pourraient préférer l'hospitalisation complète, et ainsi compromettre le « virage ambulatoire » du système de soins.

De même le contrôle de la qualité des accompagnements et de la bienveillance sont plus complexes à organiser dans le cadre de services à domicile qu'en établissement, où la qualité des locaux et l'observation quotidienne des pratiques bénéficient d'une unité de lieu. Savoir organiser les services à domicile dans des conditions de qualité optimale est un des enjeux à venir : il en va de la confiance que les personnes ou leurs familles et aidants mettent dans les services d'accompagnement.

**La qualité doit s'adapter à un système de santé tourné vers le parcours et la prise en charge globale de la personne.** Chaque maillon du système devra être évalué pour sa propre prise en charge, mais également pour sa capacité à entrer dans un fonctionnement coopératif et communicant centré autour de la personne. Par exemple, il convient qu'un établissement effectue une bonne transmission de ses courriers de sortie, renseigne les DMP de ses patients, tout comme il surveille les risques infectieux dans ses blocs opératoires. Ceci démontre également que la qualité ne se mesure pas qu'en établissement : la capacité d'un professionnel libéral à s'inscrire dans le parcours d'une personne par ses coopérations est à cet égard tout aussi importante.

Le concept de qualité en santé est indissociable de la transparence et du partage d'informations pour le public. Les enjeux ne résident plus seulement dans le partage d'information des soignants vers les patients mais également dans la recherche du meilleur niveau d'engagement possible de l'utilisateur, jusqu'à une situation de partenariat lorsque c'est possible.

Ces attentes s'adressent à l'ensemble du système qu'il soit ambulatoire, hospitalier ou médico-social. Le développement et le renforcement de la

participation s'inscrit dans le cadre d'une évolution sociale qui concerne largement les politiques publiques et les secteurs marchands. Il s'agira de développer une capacité d'accompagnement et d'engagement adapté à la situation de chacun. Il sera déterminant pour les institutions et les professionnels de santé de donner aux patients une information toujours plus claire, pertinente et accessible sur la qualité du système de santé et la pertinence des soins.

**A cet égard, la qualité rejoint l'éthique** quand la mise en responsabilité de l'individu dans la prise en charge de sa santé par un accompagnement attentionné des professionnels et la meilleure réponse thérapeutique ou sociale en fonction des moyens disponibles deviennent des questions récurrentes dont tous les acteurs doivent s'emparer dans un contexte de forte innovation. Le développement de la réflexion éthique constitue un axe stratégique du prochain PRS vers les acteurs et usagers du système de santé.

**L'amélioration de la pertinence des soins** a pour objectifs l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure efficacité des dépenses de santé, en évitant des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

La maîtrise des dépenses de santé ne constitue pas l'objectif principal de la démarche de pertinence. Sa mise en œuvre peut se traduire par un accroissement des ressources mobilisées ou des dépenses remboursées par l'Assurance maladie, à la faveur de l'application d'un nouveau référentiel ou par le renforcement de l'équité territoriale dans l'accès aux soins (pour lutter contre le « sous-usage »).

Toutefois, la pertinence des soins renvoie également, au-delà de la qualité des pratiques médicales, à l'organisation du système de santé et à son efficacité : ne retenir que les soins pertinents revient à réduire les coûts générés par les soins qui ne le sont pas, sans que cela n'impacte la qualité des soins dispensés ou la santé des patients.

En la matière, la crise sanitaire a eu pour effet de suspendre de nombreuses démarches et travaux institutionnels en matière de pertinence des soins. Le PRS 3 constitue une opportunité pour ré-impulser une dynamique dans ce domaine. L'ARS prendra appui sur le cadre réglementaire qui fixe les missions de l'instance régionale dédiée, ainsi que les dynamiques professionnelles qui sont relancées dans les territoires, à partir des référentiels de bonnes pratiques.

**Il s'agira de poursuivre l'accompagnement du virage ambulatoire**, qui consiste à promouvoir de manière résolue la mise en œuvre des techniques ambulatoires en hospitalisation (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour ou à temps partiel, hospitalisation à domicile). Ce virage concerne également le secteur médico-social, dont les modalités de prise en charge alternatives à l'hébergement à temps plein doivent poursuivre leur développement (accueils séquentiels, hébergement temporaire, accueil de jour...).

**La recherche de l'efficience dans l'accessibilité** passe par l'incitation faite aux établissements et services à coopérer ou à se rapprocher. Là où des gains de productivité et économies d'échelle sont possibles et souhaitables, des coopérations territoriales doivent être réalisées, qu'il s'agisse des domaines « support » ou de l'organisation des soins eux-mêmes (postes partagés, télémedecine...). Certains établissements ou services peuvent également ne pas atteindre la taille critique nécessaire aux renouvellements de leurs investissements, ou au maintien de certaines de leurs activités. Ces situations continueront d'être accompagnées pour favoriser des rapprochements ou des coopérations renforcées.

**Les leviers communs à l'ensemble de ces actions sont l'observation et l'analyse partagées, la contractualisation ou encore la diffusion des bonnes pratiques.**

**L'observation et l'analyse partagées**, qu'il s'agisse de consommation de soins, de

prescriptions, de taux de fuite ou de vétusté des établissements, permettent d'établir des diagnostics préalables à toute réflexion autour de l'efficience ou de la pertinence des soins.

**La contractualisation** est une démarche qui consiste à ne pas s'inscrire dans un modèle administratif descendant où les acteurs du système de santé n'auraient qu'à appliquer des solutions toutes faites, mais au contraire à poser ensemble, des engagements personnalisés, réciproques et négociés, qui feront l'objet de suivis réguliers.

Renforcer l'efficience passe enfin par un **travail de diffusion et de promotion des bonnes pratiques** et des innovations techniques et organisationnelles, qu'il s'agisse de dynamisation des achats, de meilleure utilisation d'un équipement médico-technique, de diffusion des bonnes pratiques de prescriptions.

Ces enjeux d'une meilleure efficience de notre système de santé visent aussi plus fondamentalement à le moderniser et sont en résonance avec les autres objectifs stratégiques du Projet régional de santé présentés. Ainsi, cette modernisation du système de santé doit permettre à chacun de bénéficier lorsque cela est possible d'alternatives à l'hospitalisation complète pour réserver cette dernière à la phase aigüe des soins et développer les alternatives ancrées sur les territoires dans le cadre de prises en charge graduées, notamment dans le cadre des projets médicaux de territoires des groupements hospitaliers de territoire. Les questions de pertinence doivent également permettre au patient de bénéficier des justes soins, lorsque cela est nécessaire et éviter tous actes inutiles ou redondants.

# Les enjeux liés aux évolutions environnementales et aux déterminants de la santé

## LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

La cohésion sociale peut être définie comme un état de bon fonctionnement de la société où s'exprime la solidarité entre individus, ce qui ne peut exister qu'en **réduisant les inégalités**, notamment en matière de santé.

Ainsi, il est admis que les facteurs sociaux et environnementaux (emploi, revenu, habitat, capital culturel...) expliquent **80 % des inégalités sociales de santé**, très loin devant les facteurs directement liés à l'organisation des soins et de la prévention. C'est ce qui explique qu'aujourd'hui, en France, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 7 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes.

En matière d'environnement, deux mécanismes se conjuguent pour contribuer à ces inégalités :

- des **différences d'exposition** : certains territoires ou certaines populations sont plus exposés que d'autres aux facteurs environnementaux (ex : territoires à risque radon, exposition accrue des enfants en termes de physiologie et de comportements) ;
- des **différences de vulnérabilité** des populations : à conditions d'exposition équivalentes, les effets sur la santé sont plus importants chez certaines populations, en fonction de leur âge (enfants et personnes âgées), de leur état de santé (personnes atteintes de maladies chroniques), ou de leur statut social.

Agir sur les inégalités suppose d'analyser la situation au-delà des chiffres exprimés en moyenne régionale., Si **la Bretagne peut apparaître parmi les régions moins confrontées que les autres aux difficultés sociales**, les indicateurs sont pour autant à prendre en considération :

- ⊕ Un taux de pauvreté de 10,7 % contre 14,5 % au niveau national ;
- ⊕ Un des plus faibles taux de chômage de France : 11,4 % contre 12,9 % ;
- ⊕ La deuxième proportion la moins élevée de France de familles monoparentales (18 % contre 22 %) ;

- ⊕ Le plus faible taux de personnes peu ou pas diplômées, après l'Ile-de-France.

Ainsi, certains territoires présentent des **fragilités socio-économiques qui ne sont pas sans conséquences sur la santé, notamment en centre Bretagne et dans les grandes agglomérations.**

De même, les constats effectués sur les surmortalités bretonnes (cancer, maladies cardiovasculaires, santé mentale) ne doivent pas occulter que la région est plutôt inégalement touchée par ces phénomènes. **La mortalité est en effet plus élevée dans l'Ouest de la Bretagne, alors que l'Ille-et-Vilaine est plus épargnée.** Plus précisément, les indicateurs défavorables de la Bretagne en termes de mortalité prématurée évitable (décès liés à l'alcool, au tabac, au suicide...) ne se constatent pas, à l'échelle départementale, sur l'Ille-et-Vilaine, qui a des chiffres comparables voire meilleurs que les chiffres nationaux.

Il est donc essentiel, si l'on veut plus efficacement agir sur la santé de tous les Bretons, de lutter contre ces inégalités sociales et territoriales de santé. Ceci passe par :

- ⊕ Un **repérage** plus efficace des inégalités existantes (sociales, territoriales, environnementales, mais aussi de genre) ;
- ⊕ Une **compréhension plus fine** du rôle des déterminants des différents problèmes de santé (comportements individuels, facteurs psycho-sociaux, conditions de vie matérielles et environnementales...) ;
- ⊕ Une action plus forte **coordination des politiques publiques** (logement, travail, urbanisme, cohésion sociale...), pour travailler sur l'état de santé en amont du système de soins ;
- ⊕ Des actions obéissant au principe dit « **d'universalisme proportionné** », c'est-à-dire qui savent spécifier leurs messages à destination des différents publics

prioritaires. Une simple campagne d'information contre l'obésité a, par exemple, de fortes chances d'être prise en

compte avant tout par les catégories sociales les plus aisées, qui sont déjà en meilleure santé.

## PROMOUVOIR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE POUR ACCOMPAGNER LES TRANSITIONS ECOLOGIQUES ET ENERGETIQUES

La pandémie COVID-19 et les alertes sur les futures crises climatiques obligent à repenser les interactions de l'Homme avec le monde qui l'entoure.

**L'approche « Une seule santé »** vise à étudier les liens complexes entre l'Homme, les animaux et l'environnement pour améliorer la santé de tous. Par exemple, la détérioration des écosystèmes par les activités humaines entraîne une perturbation de la répartition et de la composition des écosystèmes végétaux et animaux, qui représente des conditions favorables à l'émergence de maladies infectieuses. Ceci passe notamment par le renforcement de la collaboration entre les acteurs de la santé humaine, animale, environnementale, et le développement d'une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire des enjeux sanitaires pour répondre aux enjeux de santé publique globaux.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, **le changement climatique est la plus grande menace pour la santé publique du XXI<sup>e</sup> siècle, agir pour le climat est sa plus grande opportunité**. La Bretagne ne sera pas épargnée par l'augmentation de la mortalité et de la morbidité associées aux effets directs du dérèglement climatique (canicule, sécheresse, submersion marine, tempêtes, feux de forêts...), et à ses effets indirects (baisse de qualité ou de quantité de la ressource en eau et en alimentation,

de la qualité de l'air, de la biodiversité...). Sont également attendus une hausse des problèmes de santé mentale, des maladies vectorielles et des zoonoses, mais aussi un accroissement des inégalités. Le contexte est mondial, mais des actions sont nécessaires à l'échelle locale et selon une approche globale, notamment pour adapter les territoires. La transition écologique et énergétique du système de santé est également une nécessité, en termes d'adaptation mais aussi de réduction de contribution à l'empreinte environnementale de notre société.

Le PRS et le PRSE sont l'occasion d'accélérer la mobilisation des acteurs dans les territoires et d'œuvrer face au changement climatique et aux inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, autour de 3 axes :

- ⊕ **Favoriser les interactions positives entre la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes dans une approche « seule santé » ;**
- ⊕ **Développer la prise en compte de la santé-environnement dans les évolutions des territoires bretons ;**
- ⊕ **Favoriser des pratiques professionnelles et des comportements favorables à la santé. et des individuels**

## FAIRE DE LA SANTE L'AFFAIRE DE TOUS

Tous les enjeux précédemment présentés sont déterminants pour l'amélioration de l'efficacité du système de santé breton à l'avenir.

**La capacité à impliquer l'ensemble des partenaires, tout comme les représentants de la démocratie en santé et les usagers, constitue en soi un enjeu, car elle est une des conditions de réussite pour relever les autres défis.**

Tout d'abord, pour relever le défi des inégalités de santé, mais aussi du vieillissement de la population, de l'amélioration de l'autonomie au domicile ou de la prévention des maladies

chroniques, l'ARS devra agir sur les déterminants de santé des individus (conditions de vie, de logement, alimentation, travail, compétences psycho-sociales). Elle devra donc œuvrer pour **« mettre la santé dans toutes les autres politiques »**, selon l'expression de l'Organisation mondiale de la santé. Ceci signifie pour l'Agence être en mesure de développer ses partenariats institutionnels pour contribuer à une action globale en matière de santé.

A cet égard, **l'ARS se trouve en situation de co-responsabilité avec d'autres institutions sur un certain nombre de domaines** comme par exemple :

- ⊕ Le développement de l'exercice coordonné, l'accès à l'offre de soins ou l'efficacité du système de santé, dont les buts et les moyens d'actions sont partagés avec **l'Assurance maladie** ;
- ⊕ La santé environnementale, la gestion de crise, la santé des enfants scolarisés et l'insertion scolaire des enfants en situation de handicap, la santé au travail, qui impliquent **les Préfets, les services de l'Etat et les collectivités** ;
- ⊕ La politique de soutien à l'autonomie pour les personnes âgées et en situation de handicap, dont les buts et les leviers d'action sont partagés avec les **Conseils Départementaux**, également en charge de la protection maternelle et infantile ;
- ⊕ La formation d'une partie des professionnels de santé (professionnels paramédicaux) en lien avec **le Conseil régional** ;

Toute action majeure de l'ARS ne pourra par conséquent être pleinement opérationnelle que si elle entre en synergie avec les actions de ses partenaires en la matière.

Il convient également de souligner le rôle incontournable **des élus des collectivités territoriales**, compétents sur de nombreux domaines favorables à la politique de santé : aménagement du territoire, transports,

attractivité, etc...

De même, **toutes les actions de l'ARS ainsi que celles de ses partenaires visant à modifier les habitudes de vie, les façons de soigner et de prendre en charge ne pourront être efficaces que si elles sont partagées par les personnes elles-mêmes**, voire parfois co-construites, qu'il s'agisse des professionnels ou des usagers. Les bons comportements en matière de prévention, de vie avec une maladie chronique, d'autonomie d'une personne âgée, ou de prescription de transports ne peuvent être « administrés ». Les personnes elles-mêmes, les soignants, les aidants, les professionnels de santé doivent tous être considérés comme des acteurs de santé à part entière.

Enfin, **les enjeux de santé à venir, tout comme les orientations des politiques régionales de santé, doivent être compris et discutés avec les représentants** des institutions, des collectivités, des professionnels et des usagers, réunis au sein des instances **de la démocratie en santé**. Ces instances, **conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et conseils territoriaux de santé (CTS)**, représentent l'ensemble des acteurs de la santé. Ils constituent pour l'Agence les « corps intermédiaires » avec qui dialoguer. Leur contribution au débat public est indispensable, à la fois pour que la population prenne conscience des enjeux, et pour que les questionnements et les propositions des acteurs de terrain puissent être relayés et pris en compte.



# DES PERSPECTIVES : NEUF ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR ADAPTER LE SYSTEME DE SANTE AUX BESOINS DE LA POPULATION

*En cohérence avec la Stratégie nationale de santé, les orientations stratégiques proposés expriment de façon concrète la finalité et les effets recherchés par le Projet régional de santé.*

*S'appuyant sur les éléments de diagnostic élaborés et les enjeux précédemment décrits, ils définissent ainsi les changements souhaitables dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé pour améliorer le service rendu à la population.*





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

## L'idée-clé :

## La multiplication des crises et le défi d'une seule santé<sup>1</sup> (« One Health »)

Le système de santé fait face à de nombreux défis (attractivité des métiers, démographie médicale, tensions hivernales et estivales, ...) et doit continuer à se préparer pour répondre aux enjeux de demain.

L'émergence de pathologies infectieuses, confirmée par la pandémie de COVID-19, le contexte international, les limites planétaires, le changement climatique, la résistance bactérienne, les maladies vectorielles ou les problématiques d'expositions environnementales sont autant de facteurs qui vont impacter durablement le système de santé.

Nous disposons de multiples leviers d'actions qui s'inscrivent dans des cadres stratégiques et plans

régionaux pluriannuels, comme par exemple la planification ORSAN, le Plan régional santé environnement, la stratégie antibiorésistance et prévention des infections., etc ...

Au regard de l'impact de la modification des environnements sur la santé.

Il est également nécessaire que les autorités publiques, dont l'ARS, conçoivent ensemble un nouveau cadre d'action pour mieux prendre en compte les interactions entre santé humaine, santé animale et biodiversité. Les principes d'action du « one health » doivent nous permettre de faire émerger une vision intégrée et unifiée de la santé.

## Ce que l'on attend :

- ➔ Des cartes d'analyse des problèmes de santé qui tiennent compte des interactions entre santé humaine, santé animale et santé des écosystèmes (One Health)
- ➔ Un système de santé préparé à faire face aux situations sanitaires exceptionnelles de nature diverses
- ➔ Un engagement concret et durable du système de santé dans les transitions énergétiques et écologiques
- ➔ Une meilleure couverture vaccinale contre la grippe des professionnels de santé exerçant en établissement de santé et en structure médicosociale

<sup>1</sup> Une seule santé pour les êtres vivants et les écosystèmes vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires.

## Ce que nous allons faire

- ➔ **PREVENIR ET CONTROLER LES MALADIES INFECTIEUSES ET L'ANTIBIORESISTANCE,**
- ➔ **ACCOMPAGNER LES TRANSITIONS ECOLOGIQUE ET ENERGETIQUE DU SYSTEME DE SANTE,**
- ➔ **RENFORCER LA RESILIENCE DU SYSTEME DE SANTE FACE AUX CRISES ET AUX RISQUES,**
- ➔ **FREINER LES IMPACTS SANITAIRES DU CHANGEMENT CLIMATIQUE.**

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

**L'idée-clé :** Agir sur les déterminants, pour la santé de tous

Le poids des maladies chroniques continue à augmenter et à peser sur le système de soins. Cela nous invite à renforcer notre action en prévention et en promotion de la santé. L'approche par les déterminants de la santé est bien installée et nous continuerons à agir sur les facteurs de risque et de protection concernant le tabac, l'alcool, l'alimentation, l'activité physique et la bonne santé mentale car ils induisent l'essentiel de la surmortalité prématurée évitable en Bretagne.

Les évolutions sociétales nécessitent aussi la prise en compte de nouveaux besoins, notamment en lien avec les mésusages du numérique. Notre action doit aussi se renforcer sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Nous devons être attentifs à ce que les bénéfices de nos actions et de nos dispositifs se distribuent de manière équitable entre les groupes sociaux.



### Ce que l'on attend :

- ➔ Tendre vers une génération sans tabac (taux de tabagisme <5 %)
- ➔ Des milieux de vie favorables à la santé, tout au long de la vie
- ➔ Un taux de suicide et tentatives de suicide en diminution, contribuant à réduire l'écart régional avec le taux national
- ➔ Des professionnels de santé, notamment du 1er recours, visibles et reconnus pour leur action en prévention et promotion de la santé
- ➔ Des inégalités sociales et territoriales de santé réduites
- ➔ Des acteurs publics (ARS, Etat, Assurance maladie) et des collectivités territoriales mieux coordonnées sur des priorités régionales de santé publique dans le cadre d'un schéma rénové de gouvernance
- ➔ Déployer des actions probantes en prévention et promotion de la santé et faire émerger des actions innovantes et prometteuses
- ➔ Suivre des indicateurs de caractérisation ISS par territoire et davantage de données disponibles par catégories socio-professionnelles

## Ce que nous allons faire

- ➡ CONFORTER LA STRATEGIE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE,
- ➡ MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES EFFETS DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTE,
- ➡ RENFORCER L'ACCES DE TOUS A UNE ALIMENTATION EQUILIBREE, SAIN ET DURABLE
- ➡ FAVORISER LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE,
- ➡ PREVENIR LES ADDICTIONS AVEC ET SANS SUBSTANCE,
- ➡ FAVORISER LA VIE AFFECTIVE, SEXUELLE ET RELATIONNELLE,
- ➡ MAINTENIR LA MOBILISATION SUR LA PREVENTION DU SUICIDE,
- ➡ SOUTENIR L'APPROPRIATION DES OUTILS DE PREVENTION PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.

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

#### L'idée-clé :

#### Agir sur la formation, le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé

Au regard des tensions en ressources humaines et des difficultés d'accès aux soins dans certains territoires qui se sont accentuées ces dernières années, il est primordial d'identifier les différents leviers qui seront activés en région Bretagne pour former davantage de professionnels de santé, agir sur l'attractivité des métiers (professionnels médicaux, paramédicaux, métiers du soin et de l'accompagnement), favoriser les recrutements et l'installation des professionnels de santé, fidéliser ces professionnels.

Il s'agit de renforcer les ressources humaines en santé dans un contexte de concurrence avec d'autres secteurs d'activité alors même que l'exercice professionnel dans le secteur de la santé ne bénéficie pas toujours d'une image positive (conditions de travail considérées comme difficiles, travail de nuit, week-ends...). Cette image parfois « dégradée », renforcée par la crise sanitaire COVID 19, peut conduire les jeunes à ne pas s'orienter vers les métiers du soin ou les professionnels en activité à opérer des reconversions professionnelles avec pour objectif de viser un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Il est nécessaire de reconnaître ces métiers, porteurs de sens, et de soutenir l'engagement des professionnels de santé.

Des actions régionales et départementales, en lien avec les partenaires institutionnels et représentants des professions (Assurance maladie, Conseil Régional, Conseils départementaux, DREETS, Pôle emploi, Education Nationale, opérateurs de la formation, fédérations et représentants d'employeurs, instituts de formation, facultés, Unions régionales des professionnels de santé, Conseils de l'ordre, ...) ont été engagées depuis plusieurs années, pour agir sur la formation, le recrutement, l'installation et les conditions d'exercice, la fidélisation des professionnels de santé.

Il s'agit de poursuivre et de renforcer les actions conduites dans un contexte de « besoin » en santé qui ne va cesser de croître au regard notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques liées.

Il y a un enjeu majeur à agir au niveau des professionnels de la santé, qui représentent la clé de voute de notre système de santé avec des enjeux sur l'accessibilité de l'offre de soins, en ville comme en établissement de santé, établissement et services médico-sociaux, et la qualité de la prise en charge des patients et des résidents.

#### Ce que l'on attend :

- ➔ Une offre de formation suffisante (personnel médical et non médical) afin de répondre aux besoins de santé de la population
- ➔ Une évolution et la réingénierie des parcours de formation
- ➔ Suffisamment de professionnels de santé afin de garantir un accès aux soins dans des délais compatibles avec les besoins de la population
- ➔ Une évolution aboutie et significative des métiers de la santé
- ➔ Une attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement dans les établissements et services
- ➔ L'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des professionnels de la santé

## Ce que nous allons faire

- ➔ ADAPTER LES CAPACITES DE FORMATION AUX BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION,
- ➔ ACCOMPAGNER LA REINGENIERIE ET LES PARCOURS DES FORMATIONS EN SANTE,
- ➔ CONFORTER ET RENFORCER LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LES TERRITOIRES DEFICITAIRES,
- ➔ PROMOUVOIR ET ACCOMPAGNER L'EVOLUTION DES METIERS DANS LE CADRE DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE ET DE L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE,
- ➔ FAVORISER LES RECRUTEMENTS ET LA FIDELISATION DES SOIGNANTS EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES,
- ➔ SOUTENIR LES INITIATIVES ORGANISATIONNELLES FAVORABLES A LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (QVT) DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU MEDICO-SOCIAL.

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

**L'idée-clé :** **Un égal accès aux soins et services, organisé et territorialisé**

Couverts par l'offre de soins ambulatoire en collaboration avec les établissements de santé, les structures médico-sociales et sociales, les soins et les services s'organisent au niveau territorial et englobent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi des patients, les accompagnements médico-sociaux et sociaux, l'orientation dans le système de santé.

La question de l'amélioration de l'accès aux soins et aux services reste encore trop souvent centrée sur l'implantation géographique. Si une meilleure accessibilité passe nécessairement par une densité adaptée et une bonne répartition de l'offre, elle dépend fortement de l'organisation des professionnels et des coopérations entre les acteurs de santé sur les territoires.

L'accès aux soins et la continuité des prises en charge, mais aussi la qualité et la sécurité des soins, passent par une organisation

structurée des soins de proximité et par un travail organisé et complémentaire avec les acteurs du médico-social et du secteur hospitalier.

C'est l'enjeu du travail engagé par les professionnels des équipes de soins primaires, des maisons de santé, des centres de santé et plus récemment des communautés professionnelles territoriales de santé CPTS.

A ces dynamiques s'ajoute celle des acteurs de santé réunis au sein des 11 dispositifs d'appui à la coordination qui couvrent désormais l'ensemble de la population bretonne. Ils seront amenés à renforcer leur rôle dans les territoires, au service des professionnels et des patients, pour optimiser les parcours de santé.

Ces structurations territoriales s'accompagnent d'une évolution significative des pratiques professionnelles, contribuant à renforcer l'accès aux soins et décloisonner le système de santé.

### Ce que l'on attend :

- ➔ Un accès aux soins non programmés urgents et non urgents, adapté en termes de délai et de qualité aux besoins de la population
- ➔ Des transports sanitaires mobilisés au bon moment et à bon escient en réponse aux besoins de santé des patients
- ➔ Des parcours de santé fluidifiés pour les personnes en situation complexe
- ➔ Un exercice en pluri-professionnalité développé à l'échelle d'une patientèle et d'une population

## Ce que nous allons faire

- ➔ CONSOLIDER LA REPONSE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMES,
- ➔ AMELIORER LA REPONSE AUX BESOINS DE TRANSPORT SANITAIRE,
- ➔ DEVELOPPER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION TERRITORIAUX,
- ➔ ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DE L'EXERCICE COORDONNE PLURI PROFESSIONNEL EN VILLE.



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

**L'idée-clé :** **Faciliter le dépistage et l'accès et aux soins dans le cadre d'une prise en charge coordonnée et graduée**

Le renforcement de la prévention et/ou du repérage des situations à risque visent à accompagner des campagnes de sensibilisation, des programmes de dépistage précoce, des actions de prévention, et des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins, et l'anticipation des situations critiques.

La gradation des réponses de soins, et de la coordination pluri professionnelle est un axe majeur guidant ce Projet régional de santé. Il apparaît essentiel de favoriser la collaboration et la coordination entre les différents acteurs de la santé et de réduire leurs délais d'intervention (diagnostic, prise en charge, suivi des phases de transition, prise en compte de l'environnement du patient y compris au domicile...). Des mécanismes de communication et de partage d'informations doivent être mis en place pour assurer une prise en charge globale et cohérente des patients.

Le développement des parcours de soins intégrés accompagne la promotion et la création des parcours de soins intégrés et personnalisés pour chaque patient, en tenant compte de ses besoins spécifiques. Cela nécessite une planification et une coordination étroite entre les différents acteurs de santé, en veillant à ce que les transitions entre les différents niveaux de soins se fassent de manière fluide et sans interruption. Le suivi de l'accompagnement doit être assuré, et

favoriser notamment des perspectives positives de réhabilitation ou de réadaptation.

Le renforcement des compétences des professionnels de la santé identifie la nécessité de former et de sensibiliser les professionnels de la santé aux prises en charge coordonnée et pluridisciplinaires. Cela peut inclure des programmes de formation continue, des ateliers favorisant l'interconnaissance des professionnels et des initiatives visant à promouvoir une approche holistique de la santé.

Par ailleurs, les technologies de l'information et de la communication peuvent jouer un rôle clé dans l'amélioration de la coordination des soins. La mise en place de dossiers médicaux électroniques partagés, de plateformes de télémédecine et de solutions numériques pour le suivi des patients peut faciliter la communication et l'échange d'informations entre les différents acteurs de la santé.

Enfin, la création de réseaux de collaboration entre les établissements de santé, les associations de patients, les acteurs de la recherche peut favoriser l'échange sur les bonnes pratiques, la recherche translationnelle et l'innovation dans la prise en charge des patients. La prise en compte des aidants et de leurs besoins doit être incluse dans cette stratégie.

## Ce que l'on attend :

- Faciliter l'accès des personnes aux informations adaptées et développer leurs capacités à agir
- Former au repérage les acteurs non spécialisés et organiser les modalités de recours à l'échelle des territoires pour des prises en charge précoces
- Conforter les politiques partenariales et territoriales
- Réduire le délai diagnostique et interventionnel
- Améliorer la gradation et la lisibilité de l'offre de soins, ainsi que les filières
- Promouvoir la pair-aidance et le soutien aux aidants

## Ce que nous allons faire

- ➔ DEVELOPPER UNE POLITIQUE EN SANTE MENTALE PARTENARIALE ET TERRITORIALE,
- ➔ RENFORCER LA STRUCTURATION DE LA FILIERE DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS,
- ➔ AGIR SUR LES PARCOURS DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER,
- ➔ CONSOLIDER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE PATHOLOGIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRE,
- ➔ POURSUIVRE LA STRUCTURATION DES FILIERES DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES RARES,
- ➔ CONFORTER L'OFFRE TERRITORIALE EN SOINS PALLIATIFS.

## 6. Développer la réponse à des enjeux populationnels prioritaires

### **L'idée-clé :** Répondre aux enjeux de société et à l'exigence de solidarité

Le ciblage dans cette partie de groupes populationnels prioritaires reflète les enjeux sociétaux de la période. Il illustre l'attention de l'Agence régionale de Santé à leurs besoins spécifiques. L'intention n'est pas une stigmatisation mais le souhait d'une action visible et renforcée afin de protéger et améliorer la santé des individus.

Les raisons qui conduisent à ce ciblage varient. Elles sont parfois liées à des événements de vie, comme la naissance ou l'exil, ou à des situations

d'exclusion sociale. Elles sont aussi en lien avec des impacts de la crise sanitaire COVID-19, qui a particulièrement impacté la santé et le bien-être des jeunes. Enfin, parler de la santé des femmes, c'est reconnaître les spécificités liées au genre et qui sont restées longtemps taboues et ignorées. C'est faire évoluer les représentations sociales qui influencent les pratiques médicales et l'interprétation des signes cliniques. C'est aussi agir sur les environnement qui constituent une menace pour la santé des femmes.

### **Ce que l'on attend :**

- ➔ Le renforcement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes
- ➔ La capacité de notre système de santé à répondre aux besoins de santé des plus démunis par un renforcement des liens entre les dispositifs Santé Précarité, les acteurs du premier recours et les offreurs de soins en général
- ➔ Une amélioration des indicateurs de santé chez les enfants confiés à l'ASE

## Ce que nous allons faire

- ➔ ADAPTER L'OFFRE DE SANTE PERINATALE ET ACCOMPAGNER LES 1000 PREMIERS JOURS DE L'ENFANT,
- ➔ AGIR EN FAVEUR D'UNE SANTE ADAPTEE AUX BESOINS DES ENFANTS ET DES JEUNES,
- ➔ PROMOUVOIR LA SANTE DES FEMMES,
- ➔ ADAPTER L'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES POPULATIONS LES PLUS DEFAVORISEES (PRAPS),
- ➔ ACCOMPAGNER LES PERSONNES MIGRANTES VERS L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS.

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

### L'idée-clé :

### Accompagner les acteurs vers une réponse plus inclusive aux besoins des personnes âgées et/ou en situation de handicap

Favoriser l'autonomie et l'autodétermination des personnes est un enjeu majeur d'évolution de notre société dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Pour y répondre, l'offre de services des acteurs de l'accompagnement est appelée à poursuivre et amplifier les évolutions déjà engagées au cours du PRS 2018-2022. Les acteurs médico-sociaux doivent mettre en place ou adapter des programmes et des services qui renforcent l'autonomie, favorisent l'inclusion sociale et permettent aux individus concernés de participer activement à la société.

Les services à développer devront être diversifiés et flexibles, ainsi qu'être en capacité de s'adapter pour répondre aux besoins spécifiques des personnes concernées. L'enjeu est donc aussi celui de la transformation de l'offre et de la conduite du changement dans les organisations.

Dans le champ du handicap, cette perspective appelle :

- au renforcement des actions de dépistage et de repérage précoce ;
- à la création et au développement de services de soutien dans les milieux ordinaires de vie et d'activité des personnes : à domicile, dans le domaine scolaire et de la formation, dans le milieu ordinaire de travail. Elle appelle à l'amélioration continue de l'accessibilité physique et numérique, ainsi que la promotion de la participation sociale et culturelle ;
- à la mise en œuvre d'une garantie réelle d'accès aux soins de l'offre de droit commun, comme à une offre dédiée et adaptée aux besoins spécifiques ou complexes.

Dans le champ du grand-âge, elle appelle :

- à renforcer les actions de repérage des fragilités et de prévention des risques de pertes d'autonomie de la personne âgée ;
- et à diversifier les offres de services pour un accompagnement adapté et proportionné aux besoins, offrant une meilleure coordination des interventions d'aide et de soins, intégrant une offre de service renforcée d'accompagnement à domicile tant qu'elle peut constituer une alternative pertinente à l'offre d'hébergement en établissement, et une réponse conforme au choix des personnes.

### Ce que l'on attend :

- ➔ La sensibilisation et la formation des professionnels aux enjeux de l'inclusion sociale
- ➔ Le développement des compétences pour fournir des services de qualité dans un environnement et des parcours diversifiés
- ➔ Des coopérations entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et du milieu ordinaire, dans le cadre d'organisations territoriales réfléchies et co-construites
- ➔ Des modalités d'information, d'association et d'accompagnement des aidants
- ➔ De l'innovation et des partenariats, par la collaboration des acteurs médico-sociaux avec ceux de la recherche et de l'innovation dans le domaine de l'inclusion sociale

## Ce que nous allons faire

- ➔ REPERER ET PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE AGEE,
- ➔ FAVORISER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES,
- ➔ AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS EN EHPAD,
- ➔ RENFORCER LES COOPERATIONS TERRITORIALES AU SERVICE DES PERSONNES AGEES,
- ➔ AMELIORER LE REPERAGE, LE DIAGNOSTIC ET L'ACCOMPAGNEMENT PRECOCE DU HANDICAP,
- ➔ RENFORCER L'INCLUSION SCOLAIRE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP,
- ➔ FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
- ➔ CONFORTER L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.

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

### L'idée-clé : Améliorer le système de santé avec et pour les usagers et les professionnels

La qualité et la sécurité des soins et des accompagnements est une exigence de la part des personnes concernées, de leur entourage ou de leurs représentants. Dans un contexte marqué par les tensions du système de santé, cette attente rejoint la préoccupation des professionnels de santé et des institutionnels. Les enjeux des démarches qualité peuvent constituer des leviers managériaux propices aux environnements de travail (organisation, ambiance, sens au travail...).

Par ailleurs, les deux dernières années ont été marquées par des actualités et des signalements mettant en évidence des situations de maltraitance, notamment dans le champ médico-social. Dans le prolongement des démarches qualité, une attention particulière est à porter vers la promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. La coordination avec les autres acteurs institutionnels autour des signaux, de leur traitement ou des modalités de prévention constituent des axes de développement adaptés aux enjeux.

La crise sanitaire, de par les fortes tensions sur les ressources et les restrictions des droits des usagers a été révélatrice des besoins du système de santé en matière de questionnement éthique. Depuis les dilemmes éthiques persistent et évoluent, dans le contexte de transformation du système de santé et de renforcement de la participation des usagers et des personnes accompagnées. Ces enjeux appellent un renforcement des démarches éthique, par leur promotion et l'accompagnement des professionnels et usagers.

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

Les outils numériques sont également devenus incontournables au sein des organisations de santé. L'évolution des technologies et la stratégie nationale modernisent et diversifient les solutions disponibles. Cette dynamique est appelée à être renforcée.

Le développement de la recherche clinique médicale et paramédicale, fondamentale et en santé publique est essentiel pour améliorer les traitements et les prises en charge.

La Bretagne bénéficie de réseaux de recherche régionaux qui soutiennent les coopérations entre équipes de recherche et les projets de recherche. Leur articulation et leur ouverture peuvent être renforcées pour favoriser un égal accès aux protocoles et aux traitements innovants pour les usagers et les professionnels.

Ces écosystèmes sont des atouts à soutenir pour détecter et diffuser de nouvelles réponses aux besoins de santé des bretons.

### Ce que l'on attend :

- ➔ Un haut niveau de qualité de prise en charge et d'accompagnement, durablement ancrée dans les pratiques et organisation
- ➔ Une diminution significative des signaux de maltraitance grâce à une politique et une organisation régionales de bientraitance et de traitement des signaux
- ➔ Une large diffusion et pratique de la réflexion éthique dans le système de santé
- ➔ Des pratiques professionnelles, parcours et organisations qui s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques
- ➔ Un large développement des innovations et apports en lien avec le numérique en santé

## Ce que nous allons faire

- ➔ FAVORISER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS ET DES ACCOMPAGNEMENTS,
- ➔ CONDUIRE UNE POLITIQUE REGIONALE EN FAVEUR DE LA BIEN-TRAITANCE ET LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE,
- ➔ DEVELOPPER LA PERTINENCE DES SOINS, DES ORGANISATIONS ET DES PARCOURS,
- ➔ PROMOUVOIR LA REFLEXION ETHIQUE DANS LE SYSTEME DE SANTE,
- ➔ ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE ET NUMERIQUE DU SYSTEME DE SANTE,
- ➔ ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DE L'INNOVATION ET LA STRUCTURATION DE LA RECHERCHE EN SANTE.



## 9. Affirmer la place des usagers-citoyens dans le système de santé

**L'idée-clé :** **Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire**

L'engagement des usagers fait l'objet d'une exigence croissante pour favoriser l'exercice d'une citoyenneté accomplie, qui vise la réalisation complète des droits des usagers. Il recouvre différentes formes de collaboration entre les professionnels, les personnes soignées ou accompagnées, leurs proches, etc...

En favorisant l'écoute, l'expression, l'encapacitation en santé, la prise de décision partagée, il confère aux usagers les moyens d'associer davantage de contrôle sur leur santé et leur bien-être et leur permet de mieux maîtriser les facteurs qui les influencent.

A cet égard, la participation des usagers doit être encouragée et soutenue pour apporter une réponse adaptée aux besoins des bretons.

Cet engagement nécessite la mobilisation des professionnels et des décideurs, afin que l'expérience, les besoins et préférences des personnes concernées soient pris en compte, tant dans le soin et l'accompagnement social et médico-social que dans l'amélioration des pratiques et des organisations ainsi que dans l'enseignement et la recherche. Cet engagement conjoint concourt à un meilleur service rendu aux personnes concernées et à l'augmentation de leur pouvoir d'agir.

Ces principes motivent également la structuration d'une politique de soutien vers les aidants bretons. Face à la diversité des situations et à la complexité des enjeux complexes soulevés, une forte mobilisation des institutions pour agir en adéquation avec les besoins de ces acteurs du système de santé.

Enfin, l'engagement des usagers doit aussi permettre de soutenir la représentation et l'expression au sein des instances de démocratie en santé. Cette participation doit se renforcer à la faveur de l'accompagnement du soutien des acteurs institutionnels. Elle doit aussi s'adapter au regard des évolutions de l'offre de soins ou du fonctionnement des instances.

### Ce que l'on attend :

- ➔ Un système de santé qui favorise fortement la participation des usagers sous différentes formes (information, coopération, concertation, codécision, partenariat de soins)
- ➔ Une meilleure connaissance de la situation des aidants en Bretagne
- ➔ Un ensemble d'aide et de solutions offertes aux aidants
- ➔ Des usagers fortement représentés et mobilisés au sein des instances de démocratie en santé

## Ce que nous allons faire

- ➔ **PROMOUVOIR L'ENGAGEMENT DES USAGERS DANS LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE,**
- ➔ **SOUTENIR LE PARTENARIAT EN SANTE,**
- ➔ **DEPLOYER UNE POLITIQUE DE SOUTIEN AUX AIDANTS,**
- ➔ **CONFORTER LE ROLE DES USAGERS AU SEIN DU RESEAU DES INSTANCES DE DEMOCRATIE EN SANTE.**

# DES PERSPECTIVES : PLANIFIER LES ACTIVITES SOUMISES A AUTORISATION

En cohérence avec les réformes intervenues sur les régimes d'autorisation, l'évolution de l'offre proposée s'inscrit dans la continuité de l'organisation figurant au précédent PRS. Elle ne retient pas d'évolution majeure, l'objectif étant de privilégier le maintien de l'offre de soins existante dans un contexte de tensions des ressources humaines.

Les évolutions sont présentées, par activité de soins, dans le cadre des fiches objectifs du schéma régional de santé.

L'évolution de l'offre proposée est susceptible de connaître des ajustements au long du PRS, dans le cadre de la prise en compte de besoins spécifiques ou d'évolutions du contexte réglementaire.

# DES PERSPECTIVES :

## ANIMER ET DECLINER LE PROJET REGIONAL DE SANTE DANS LES TERRITOIRES

Conformément aux orientations méthodologiques et aux attentes exprimées au cours de son élaboration, le PRS 2023-2028 a été élaboré avec le souci d'en faire un document priorisé et opérationnel. Sa mise en œuvre doit également répondre à une volonté partagée d'un renforcement de la conception et de la conduite territoriales de la politique de santé.

Ainsi, la structure du schéma régional de santé repose sur des fiches qui présentent, par thématique prioritaire, les enjeux, objectifs et leviers d'actions, ainsi que les ressources et partenaires à mobiliser.

Cette construction s'appuie les principes d'une gestion de projet. La 3<sup>ème</sup> partie du SRS définit les objectifs et outils constitutifs d'une méthodologie partagée pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS 2023-2028.

### ***Un cadre adapté à l'orientation méthodologique du PRS 2023-2028***

Pour répondre à l'objectif de priorisation et d'opérationnalité du document, le PRS 2023-2028 a donné lieu à la suppression d'un niveau de structuration par rapport au document précédent (Thèmes / Chantiers / Objectifs opérationnels).

La structure du SRS 2023-2028 s'appuie sur un cadre priorisé et plus opérationnel, au travers d'une description par fiche objectif. Il implique que la méthodologie soit définie et partagée avec les acteurs pour expliciter et favoriser la mise en œuvre du PRS pour les cinq ans à venir.

Ce cadre méthodologique s'articule autour de 8 objectifs opérationnels relatifs aux enjeux suivants :

- Traduire les objectifs opérationnels du PRS en plan d'actions annuels et suivre leur mise en œuvre,
- Renforcer l'approche territoriale pour la mise en œuvre de PRS dans les territoires,
- Observer les données de santé et les mettre à disposition pour guider la décision,
- Evaluer le PRS,
- Associer les composantes de la démocratie en santé à la mise en œuvre du PRS,
- Informer et communiquer sur la politique de santé,
- Mobiliser les élus locaux et les partenaires institutionnels.

### ***Une dynamique de co-construction et de concertation tout au long du PRS 2023-2028***

Les groupes techniques régionaux constitués seront mobilisés pour soutenir la déclinaison des orientations stratégiques du schéma régional de santé. Autant que de besoin, ils constitueront des espaces de réflexion adaptés pour traduire les objectifs en plans d'action annuels.

Concernant les activités de soins soumises à autorisation, les groupes régionaux seront appelés à maintenir leurs travaux sous l'impulsion des pilotes thématiques de l'ARS Bretagne, dans le but de préparer les évolutions rendues nécessaires pour certaines activités en cours de réforme.

Les instances de démocratie sanitaire, les partenaires institutionnels, les usagers et les élus seront régulièrement informés et consultés concernant la feuille de route régionale de l'ARS Bretagne et son avancée, permettant ainsi de suivre son déploiement et d'envisager son adaptation.

### ***Un contrat de méthode pour engager une action rapide et adaptée dans les territoires***

Un travail de co-construction définira les modalités territoriales d'animation et de déploiement des politiques de santé dans le cadre d'un contrat de méthode proposé par l'ARS Bretagne aux représentants de la démocratie sanitaire. Les partenaires institutionnels et représentants de la démocratie en santé seront mobilisés dès la publication du PRS 2023-2028 à l'échelon territorial pour définir les contours d'une feuille de route, permettant d'identifier et de prioriser les sujets stratégiques ainsi que les actions prioritaires à déployer au regard des situations locales.

Un diagnostic pourra être partagé afin de recenser les ressources et actions existantes dans les territoires, les difficultés locales, les enjeux territoriaux etc. Une fois le bilan établi et les objectifs déterminés les modalités d'articulation des dispositifs existants (contrats locaux de santé, conseil national de la refondation, etc.) seront envisagées avec les acteurs, tout en veillant à favoriser l'émerger de nouvelles solutions tenant compte de situations spécifiques.

C'est dans ce cadre que des plans d'actions priorisés seront déployés et suivi sur les territoires par les acteurs locaux et les conseils territoriaux de santé, sous l'impulsion de l'ARS Bretagne.



**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE**  
6 place des Colombes  
CS 14253 - 35042 RENNES CEDEX

Tél. 02 90 08 80 00  
[www.bretagne.ars.sante.fr](http://www.bretagne.ars.sante.fr)



DRAAF

R53-2023-10-23-00002

Publication par voie d'extrait des autorisations tacites du préfet de la région Bretagne relatifs au contrôle des structures agricoles-Département des Côtes-d'Armor (22)- Tacites fin octobre 2023

**Publication par voie d'extrait des autorisations tacites du préfet de région Bretagne  
relatifs au contrôle des structures agricoles  
Département des Côtes-d'Armor (22) – TACITES fin octobre 2023**

Références cadastrales	parcelle	Superficie	Propriétaires ou Mandataires	Demandeur	Cédant	N°Dossier	Date d'enregistrement de la demande	Date limite de dépôt des demandes concurrentes (dossier complet)
<b>BEHET</b>	A19 - A20 - A30	1,9510 ha	MAHÉ NÉE TOUDIC/MICHELLE MARIE FRANCOISE 22260 PLOÉZAL	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAOUENNEC LANVEZEAC</b>	A251- A252A- A256- A257- A259- A260- A261- A262- A263- A264- A265- A268- A269- A270- A271- A272- A273- A274- A275- A276- A277- A278- A347	10,9864 ha	LE BONNIEC DAMIEN 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	06/09/23
<b>CAOUENNEC- LANVEZEAC</b>	A266 - A267	1,1235 ha	LE BONNIEC/DAMIEN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZA37AJ - ZA37AK - ZA37B - ZA37C - ZA37D - ZA37Z	2,7700 ha	JAGUIN/SONIA 22200 GUINGAMP	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZB60 - ZB63J - ZB63K	2,5083 ha	LE BONNIEC/TANGUY 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZB65	1,9799 ha	LE BIHAN/JOHAN 22300 CAOUENNEC-LANVEZEAC - LE BIHAN/KEVIN 22300 CAOUENNEC-LANVEZEAC - LE BIHAN/SEBASTIEN JOSEPH MICHEL 22140 CAVAN	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZA39 - ZA43 - ZA50 - ZA52AJ - ZA52AK - ZA52B	9,2229 ha	LE BONNIEC/DAMIEN 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZA42 - ZB61 - ZB6K	3,2563 ha	LE BONNIEC/DAMIEN 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZB4 - ZB64 - ZB85	5,4007 ha	GROUPEMENT AGRICOLE D EXPLOITATION EN COMMUN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZB79	0,1103 ha	GROUPEMENT AGRICOLE D'EXPLOITATION EN COMMUN AGREE LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC-LANVEZEAC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZB80AJ - ZB80AK - ZB80B	11,0686 ha	LE BONNIEC/TANGUY 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZC24A - ZC24B	3,6807 ha	LE BONNIEC/TANGUY 22140	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>CAVAN</b>	ZC64	10,4000 ha	GROUPEMENT AGRICOLE D EXPLOITATION EN COMMUN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23



Références cadastrales	parcelle	Superficie	Propriétaires ou Mandataires	Demandeur	Cédant	N°Dossier	Date d'enregistrement de la demande	Date limite de dépôt des demandes concurrentes (dossier complet)
<b>QUEMPERVEN</b>	ZK100 - ZK103 - ZK104	1,3858 ha	LE BONNIEC/DAMIEN 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>QUEMPERVEN</b>	ZK107	3,7498 ha	MERRER/GUY MICHEL 22300 CAOUENNEC-LANVEZEAC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>QUEMPERVEN</b>	ZK5 - ZK10 - ZK70	2,9792 ha	LE BONNIEC/DAMIEN 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>QUEMPERVEN</b>	ZK8	0,1920 ha	LE BONNIEC/DAMIEN 22140 TONQUEDEC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>QUEMPERVEN</b>	ZK9	0,0800 ha	FABRIQUE DE L'EGLISE PAROISSIALE DE LANVEZEAC 22300 CAOUENNEC-LANVEZEAC	GAEC DE RU AR LAN 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	GAEC LE BONNIEC 22300 CAOUENNEC LANVEZEAC	C22230460	11/05/23	23/08/23
<b>HEMONSTOIR</b>	ZB63B	1,1721 ha	RENOUARD NEE ZIMMER HELGA - 22600 HEMONSTOIR	LASSALE DIDIER 22600 HEMONSTOIR	SCEA DE PENHOUEJDO 22600 HEMONSTOIR	C22230468	01/06/23	06/09/23
<b>PLOUGUENAST- LANGAST (LANGAST)</b>	Porcs engraisseurs 880 nombre de places	0,0000 ha		SOULABAILLE Marie Joseph Marie Joseph 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	SCEA DU BUCHON CADORET 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	C22230482	15/05/23	06/09/23
<b>PLOUGUENAST- LANGAST</b>	ZD19 - ZD26 - ZI21	3,5890 ha	DUBUISSON NÉE DEROUIN/NADINE CHRISTIANE 22150 PLOUGUENAST-LANGAST - DUBUISSON/BERNARD THIERRY 22150 PLOUGUENAST-LANGAST	SOULABAILLE Marie Joseph Marie Joseph 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	SCEA DU BUCHON CADORET 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	C22230482	15/05/23	06/09/23
<b>PLOUGUENAST- LANGAST</b>	ZH32 - ZH33 - ZH108 - ZI59AJ - ZI59AK - ZI59B - ZI82A - ZI82B	25,9756 ha	CLERO/NICOLAS 91670 ANGERVILLE	SOULABAILLE Marie Joseph Marie Joseph 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	SCEA DU BUCHON CADORET 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	C22230482	15/05/23	06/09/23
<b>PLOUGUENAST- LANGAST</b>	ZI78I - ZI78K	11,1668 ha	CLERO/CECILE CANADA	SOULABAILLE Marie Joseph Marie Joseph 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	SCEA DU BUCHON CADORET 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	C22230482	15/05/23	06/09/23
<b>PLOUGUENAST- LANGAST</b>	ZI84AJ - ZI84AK - ZI84Z - ZI86 - ZI126	0,7402 ha	SCEA DU BUCHON CADORET 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	SOULABAILLE Marie Joseph Marie Joseph 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	SCEA DU BUCHON CADORET 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	C22230482	15/05/23	06/09/23
<b>PLOUGUENAST- LANGAST</b>	ZK16 - ZM11 - ZM12 - ZM16 - ZI72J - ZI72K	9,0945 ha	CLERO/DENIS 22150 PLOUGUENAST-LANGAST	SOULABAILLE Marie Joseph Marie Joseph 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	SCEA DU BUCHON CADORET 22150 PLOUGUENAST- LANGAST	C22230482	15/05/23	06/09/23
<b>LOUDEAC</b>	XN71A - XN71B	1,5720 ha	BEUREL/LUCIEN LOUIS MARIE 22600 LOUDEAC	GAEC HOLGELIM 22600 LOUDEAC	LE VERGER Annick Annick 22600 LOUDEAC	C22230490	22/05/23	06/09/23
<b>BULAT-PESTIVIEN</b>	F909 - F911 - F912 - F914 - F915 - F916 - F917 - F918 - F922 - F924 - F926 - F942 - F967 - F968 - F994 - F995 - F1020 - F1021 - F1168 - F1183 - F1184 - AB4	7,0646 ha	LE FRIEC/DOMINIQUE MARIE LYDIE 22160 BULAT- PESTIVIEN - DANIEL/JOEL 22160 BULAT-PESTIVIEN	DARRAS Fanny 22800 LE VIEUX BOURG	EARL LE MIRAGE 22160 BULAT PESTIVIEN	C22230494	17/05/23	06/09/23
<b>BULAT-PESTIVIEN</b>	F954	0,5736 ha	CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE BULAT PESTIVIEN 22160 BULAT-PESTIVIEN	DARRAS Fanny 22800 LE VIEUX BOURG	EARL LE MIRAGE 22800 LE VIEUX BOURG	C22230494	17/05/23	06/09/23
<b>BULAT-PESTIVIEN</b>	F955	0,4060 ha	PHILIPPE/DAVID 22800 LANFAINS	DARRAS Fanny Fanny 22800 LE VIEUX BOURG	EARL LE MIRAGE 22160 BULAT PESTIVIEN	C22230494	17/05/23	06/09/23

Références cadastrales	parcelle	Superficie	Propriétaires ou Mandataires	Demandeur	Cédant	N°Dossier	Date d'enregistrement de la demande	Date limite de dépôt des demandes concurrentes (dossier complet)
<b>BULAT-PESTIVIEN</b>	F956 - F957 - F958A - F958B - F958Z - F959A - F959Z - F960 - F961 - F962 - F963 - F964 - F965 - F966	6,3250 ha	EARL LE MIRAGE 22160 BULAT-PESTIVIEN	DARRAS Fanny Fanny 22800 LE VIEUX BOURG	EARL LE MIRAGE 22160 BULAT-PESTIVIEN	C22230494	17/05/23	06/09/23
<b>BULAT-PESTIVIEN</b>	Poules pondeuses 7500 nombre de places	0,0000 ha		DARRAS Fanny Fanny 22800 LE VIEUX BOURG	EARL LE MIRAGE 22160 BULAT-PESTIVIEN	C22230494	17/05/23	06/09/23
<b>LE MENE</b>	ZN35AJ - ZN35AK - ZN35B - ZN35Z	1,8000 ha	BEDEL NÉE DUTERTRE/MARTINE ANNICK FRANCINE MICHELE 22330 LE MENE - BEDEL/MICHEL SERGE DANIEL LEON 22330 LE MENE	MICULA Bujor-Cristian Bujor-Cristian 22330 LE MENE	BEDEL Martine Martine 22330 LE MENE	C22230495	22/05/23	06/09/23
<b>LE MENE</b>	ZO27A - ZO27BJ - ZO27BK - ZO27Z	2,9500 ha	BEDEL NÉE DUTERTRE/MARTINE ANNICK FRANCINE MICHELE 22330 LE MENE	MICULA Bujor-Cristian Bujor-Cristian 22330 LE MENE	BEDEL Martine Martine 22330 LE MENE	C22230495	22/05/23	06/09/23
<b>LE MENE (LANGOURLA)</b>	Poulet label et poulet fermier 1200 m²	0,0000 ha		MICULA Bujor-Cristian Bujor-Cristian 22330 LE MENE	BEDEL Martine Martine 22330 LE MENE	C22230495	22/05/23	06/09/23

Rennes, le 23/10/2023

Pour le Préfet de la région Bretagne,  
Pour le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture  
et de la forêt et par délégation,

Sandrine MOUTAULT

DREAL

R53-2023-10-24-00003

Arrêté portant subdélégation de signature au  
DREAL BRETAGNE



## **ARRÊTÉ**

**portant subdélégation de signature**

### **LE DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'AMÉNAGEMENT ET DU LOGEMENT DE BRETAGNE**

Vu la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 modifiée relative aux lois de finances,  
Vu la loi n° 82-213 modifiée du 2 mars 1982 relative à la liberté des communes, des départements et des régions,  
Vu le code de la commande publique,  
Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements,  
Vu le décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 modifié relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État,  
Vu le décret n° 2009-235 du 27 février 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement,  
Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique,  
Vu le décret du 13 juillet 2023 portant nomination de M. Philippe GUSTIN préfet de la région Bretagne, préfet de la zone de défense et de sécurité Ouest, préfet d'Ille-et-Vilaine, à compter du 21 août 2023 ;  
Vu l'arrêté ministériel en date du 20 septembre 2021 nommant M. Eric FISSE, directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de la région Bretagne, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2021 ;  
Vu l'arrêté préfectoral N° 2023/DREAL/DSG du 21 août 2023 portant délégation de signature à Mr Eric FISSE, directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne,  
Vu l'arrêté préfectoral N° 2023/DREAL/DSF du 21 août 2023 portant délégation de signature financière à Mr Eric FISSE, directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne,  
Vu l'arrêté préfectoral N°2023/DREAL/Marchés du 21 août 2023 portant délégation de signature à Mr Eric FISSE, directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne,

## ARRETE

### SECTION I - Compétence administrative générale

#### Article 1<sup>er</sup>

Il est donné délégation de signature à l'effet de signer tous actes, décisions, circulaires, rapports, correspondances et documents relevant de la compétence de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne, à l'exception des actes énumérés à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté préfectoral N° 2023/DREAL/DSG du 21 août 2023 portant délégation de signature à Mr Eric FISSE, aux agents de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne dont les noms suivent :

#### Pour les directeurs adjoints

Il est donné subdélégation de signature, pour tous les domaines qui sont délégués à Mr Eric FISSE à :

- Mr Yves SALAÜN, directeur adjoint de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne,
- Mme Aurélie MESTRES, directrice adjointe de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne.

#### Pour les chefs de service, leurs adjoints et les chefs de division

Il est donné délégation de signature, pour les attributions de leur service, aux agents dont les noms suivent :

- Mme Stéphanie TAILLANDIER, cheffe du service de l'administration générale interne et régionale, en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Stéphanie TAILLANDIER, à Mr Cédric COUTEAU, chef de service adjoint et dans la limite de leurs attributions à :
  - . Mr Patrick DUFEIL, chef de la division ressources humaines du service de service de l'administration générale interne et régionale, en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Noëlle BENAÏTIER, adjointe au chef de la division ressources humaines et cheffe de l'unité pilotage des ressources humaines ou de Mme Gaëlle NIGNOL, cheffe de l'unité ressources humaines de proximité ou de Madame Nadine RAKOTOARISOA, cheffe de l'unité formation et concours pour les attestations individuelles, formulaires de gestion RH, les états de service et convocations pour les concours ou examens,
  - . Mme Murielle-Anne LEFORT, cheffe de la division finances du service de l'administration générale interne et régionale,
  - . Mr Philippe ROPARS, chef de la division informatique et logistique du service de l'administration générale interne et régionale,
- Mme Isabelle GRYTTE, cheffe du service patrimoine naturel, en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Isabelle GRYTTE, à Mme Alice NOULIN, adjointe à la cheffe de service du patrimoine naturel, et en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Alice NOULIN, à M. Julian VIRLOGEUX, adjoint à la cheffe de la division biodiversité, géologie et paysage, à Mme Pascale FERRY, cheffe de la division eau,

- Mme Anicette PAISANT-BEASSE, cheffe du service climat, énergie, aménagement, logement, en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Anicette PAISANT-BEASSE, à Mr Philippe BAUDRY, adjoint à la cheffe de service, à M. Pascal LEVEAU, chef de la division aménagement, urbanisme et logement,
- Mme Florence TOURNAY, cheffe du service prévention des pollutions et des risques, en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Florence TOURNAY, à Mme Sylvie VINCENT, adjointe à la cheffe de service et cheffe de la division risques chroniques et sous-sol, à M. Nicolas BOUVIER, chef de la division risques naturels et hydrauliques, à Mme Valérie DROUARD, cheffe de la division risques technologiques, à Mme Anne MORANTIN, cheffe de la division prévision des crues et hydrométrie,
- Mr Alexandre DUPONT chef du service infrastructures, sécurité transports, en cas d'absence ou d'empêchement de M. Alexandre DUPONT, à Mme Sarah HARRAULT, adjointe au chef de service et cheffe de la division mobilités et maîtrise d'ouvrage, à Mr Yannick GALARD, chef de la division des transports routiers et sécurité des véhicules,
- Mr Thomas ZAMANSKY, chef du service connaissance, prospective et évaluation, en cas d'absence ou d'empêchement de Mr Thomas ZAMANSKY, à Monsieur Thomas FAGART, adjoint au chef de service et chef de la division connaissance et prospective, à Mr Fabrice PHUNG, chargé du pilotage du système d'information, à Mme Hélène HANSE, cheffe de la division évaluation environnementale et à Mr Pascal MALLARD, adjoint à la cheffe de la division évaluation environnementale.

Pour les chef(fe)s de mission

Il est donné délégation de signature, dans le cadre de leurs attributions, aux agents dont les noms suivent :

- Mme Julie SCHWAGER, cheffe de la mission stratégie régionale et communication,
- Mme Elise POIREAU, cheffe de la mission zone côtière et milieux marins,

En particulier, pour certaines missions relevant du service infrastructures, sécurité, transport

- Pour les missions relevant de l'unité Homologation et sécurité des véhicules

Il est donné délégation de signature, dans le cadre de leurs attributions relatives aux « véhicules » de compétence régionale, aux agents dont les noms suivent :

- Anne ROBIN, cheffe de l'unité Homologation et sécurité des véhicules,
- Benoît LE SCIELLOUR, responsable de l'antenne des Côtes d'Armor de l'unité Homologation et sécurité des véhicules,
- Jean-Michel CAZORLA, responsable de l'antenne du Finistère de l'unité Homologation et sécurité des véhicules,
- David NOURY, responsable de l'antenne du Morbihan de l'unité Homologation et sécurité des véhicules,
- Grégory HOUEE, responsable de l'antenne d'Ille-et-Vilaine de l'unité Homologation et sécurité des véhicules,
- Damien ROLLAND, référent « véhicules » au sein de l'unité Homologation et sécurité des véhicules,
- Sébastien PRUNIER, référent « véhicules » au sein de l'unité Homologation et sécurité des véhicules,
- Yves ALIS, opérateur « véhicules » au sein de l'unité Homologation et sécurité des véhicules, pour la délivrance des cartes blanches et des attestations d'aménagement des véhicules de transports en commun de personnes,

- Anne VAUTIER-LARREY, cheffe de l'unité départementale des Côtes-d'Armor,
- Eric GAUCHER, chef de l'unité départementale du Finistère,
- Yannig GAVEL, chef de l'unité départementale du Morbihan.

- Pour les missions relevant de l'unité Gestion et contrôle des transports terrestres

Il est donné délégation de signature, dans le cadre de leurs attributions relatives aux activités de gestion et contrôle des transports terrestres de compétence régionale, à Mr Eric PETRAS, chef de l'unité gestion et contrôle des transports terrestres et en cas d'absence ou d'empêchement, à Mr Sylvain LE MEITOUR, responsable du pôle gestion.

- Pour les missions relevant de l'unité Maîtrise d'ouvrage

Il est donné délégation de signature, dans le cadre de ses attributions relatives aux activités de maîtrise d'ouvrage sur le réseau routier national, à Mr Patrick GOMI, chef de l'unité Maîtrise d'Ouvrage.

- Pour les missions relevant de l'unité Mobilités

Il est donné délégation de signature, dans le cadre de ses attributions relatives aux activités de portage des politiques de transports et de déplacement, à Mme Anne-Françoise RAFFRAY, cheffe de l'unité Mobilités.

## **SECTION II - Compétences de RBOP, RUO et d'ordonnateur secondaire délégué**

### **Article 2**

Une subdélégation de signature est donnée à Monsieur Yves SALAÜN, directeur adjoint de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne et à Madame Aurélie MESTRES, directrice adjointe de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne pour l'exercice de la compétence de responsable des budgets opérationnels de programme (BOP) régionaux et de la compétence d'ordonnateur secondaire délégué tant pour les dépenses que pour les recettes des unités opérationnelles rattachées à la DREAL.

### **Article 3**

Une subdélégation de signature est également donnée aux agents listés ci-dessous, à l'effet de signer, dans le cadre de leurs attributions et compétences, les pièces de liquidation des recettes et dépenses de toute nature.

S'agissant en particulier des subventions, et pour les arrêtés et les conventions attributifs, cette subdélégation est limitée aux subventions pour lesquelles le montant de la participation de l'État est inférieur à 100 000 € pour les subventions d'investissement, et à 30 000 € pour les subventions de fonctionnement. Toutefois, la délégation n'est pas limitée pour les actes attributifs de subvention qui font l'objet d'un avis émis par un comité d'aides présidé par le Préfet de région ou son représentant.

Mme Stéphanie TAILLANDIER, cheffe du service de l'administration générale interne et régionale, et en cas d'empêchement, à M. Cédric COUTEAU, chef de service adjoint, à Mme Murielle-Anne LEFORT, cheffe de la division finances du service de l'administration générale interne et régionale,

Mr Thomas ZAMANSKY, chef du service Connaissance, prospective et évaluation,

Mr Alexandre DUPONT, chef du service Infrastructures, sécurité et transports,

Mme Anicette PAISANT-BEASSE, cheffe du service Climat, énergie, aménagement et logement,

Mme Isabelle GRYTTE, cheffe du service Patrimoine naturel,  
Mme Florence TOURNAY, cheffe du service Prévention des pollutions et des risques,  
Mme Elise POIREAU, cheffe de la mission Zone côtière et milieux marins,  
Mme Julie SCHWAGER, cheffe de la mission stratégie régionale et communication,  
Mme Anne VAUTIER-LARREY, cheffe de l'unité départementale des Côtes-d'Armor,  
Mr Eric GAUCHER, chef de l'unité départementale du Finistère,  
Mr Thierry HERBAUX, chef de l'unité départementale d'Ille-et-Vilaine,  
Mr Yannig GAVEL, chef de l'unité départementale du Morbihan,  
Mme Sarah HARRAULT, adjointe au chef de service et cheffe de la division mobilités et maîtrise d'ouvrage,  
Mr Yannick GALARD, chef de la division des transports routiers et sécurité des véhicules,  
Mme Chrystèle CELLIER, adjointe à la cheffe de division finances et cheffe de l'unité programmation budgétaire du service de l'administration générale interne et régionale.

#### **Article 4**

Pour l'utilisation de l'application Chorus, délégation de signature est donnée aux agents figurant dans le tableau en **annexe 1**, pour signer au nom du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne les actes d'ordonnateur secondaire de sa direction et les actes d'ordonnateur secondaire, pour le compte des directions ou services délégants desquels le directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne a reçu délégation de gestion d'ordonnateur secondaire.

#### **Article 5**

Subdélégation de signature est donnée, à l'effet de signer dans le cadre de leurs attributions et compétences de la Mission d'inspection générale territoriale de RENNES :

- les propositions d'engagements hors Chorus Formulaire et les pièces justificatives qui les accompagnent,
- les propositions d'émissions de factures (recettes non fiscales) et les pièces justificatives qui les accompagnent,
- les pièces de liquidation des recettes et dépenses de toute nature (incluant les ordres à payer)

à Mr Christian DIEUDONNÉ, secrétaire général de la Mission d'inspection générale territoriale de Rennes et à Mme Anne BEAUDENON de la Mission d'inspection générale territoriale de Rennes.

### **SECTION III - Compétence de pouvoir adjudicateur**

#### **Article 6**

Il est donné délégation de signature, pour tous les domaines qui sont délégués à Mr Eric FISSE dans le cadre de l'arrêté préfectoral susvisé du 21 août 2023 lui portant délégation de signature, à :

- Mr Yves SALAÜN, directeur adjoint de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne,
- Mme Aurélie MESTRES, directrice adjointe de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne.



En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Yves SALAÜN, directeur adjoint et de Mme Aurélie MESTRES, directrice adjointe, la délégation de signature qui est conférée à Mr Eric FISSE par l'arrêté préfectoral visé ci-dessus sera exercée par Madame Stéphanie TAILLANDIER, cheffe du service de l'administration générale interne et régionale.

#### **Article 7**

S'agissant des marchés de fournitures, services et prestations intellectuelles dont le montant est égal ou inférieur à 25000 euros HT, cette délégation est étendue, sous le contrôle du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne, aux agents placés sous sa responsabilité et dont la liste figure en **annexe 2**.

Concernant les marchés de travaux, ce seuil est porté à 144 000 euros HT.

Concernant le chef du service Infrastructures Sécurité Transports, la délégation est étendue à tous les marchés quel que soit leur montant sauf pour les actes suivants, où le seuil de délégation est fixé à 1 500 000 euros HT pour les marchés de travaux et à 144 000 euros HT pour les marchés de fournitures, services et prestations intellectuelles :

- signature des rapports d'analyse des offres
- signature des marchés
- signature des lettres de rejet
- signature des avenants
- signature des décisions de reconduction
- signature des décisions de poursuivre

Concernant la cheffe de la division mobilités et maîtrise d'ouvrage, la délégation est étendue aux marchés de travaux d'un montant inférieur à 1 500 000 euros HT et aux marchés de fournitures, services et prestations intellectuelles d'un montant inférieur à 144 000 euros HT, sauf pour les actes suivants, où le seuil de délégation est fixé à 144 000 euros HT pour les marchés de travaux et à 25 000 euros HT pour les marchés de fournitures, services et prestations intellectuelles :

- signature des rapports d'analyse des offres
- signature des marchés
- signature des lettres de rejet
- signature des avenants
- signature des décisions de reconduction
- signature des décisions de poursuivre

#### **Article 8**

Les attributions de chaque service et mission sont déclinées dans l'arrêté portant organisation de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne.

#### **Article 9**

Le présent arrêté est exécutoire à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

#### **Article 10**

Les dispositions antérieures portant subdélégation de signature sont abrogées.

**Article 11**

Le directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bretagne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au directeur régional des finances publiques, affiché au siège de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région de Bretagne.

Fait à Rennes, le 24 octobre 2023

Pour le Préfet de la Région Bretagne,  
Préfet d'Ille-et-Vilaine et par délégation,  
Le directeur régional de l'environnement, de  
l'aménagement  
et du logement de Bretagne

**« Annexes consultables auprès du service émetteur »**

préfecture de région

R53-2023-10-25-00002

2023\_10\_25\_AR\_NOMINATION\_CONFERENCE\_  
DES\_FINANCEURS

**ARRÊTÉ  
portant nomination des membres de la conférence des financeurs du sport  
de Bretagne**

Le Préfet de la région Bretagne  
Préfet d'Ille-et-Vilaine

- Vu** la loi n°2019-812 du 1er août 2019 relative à la création de l'Agence Nationale du Sport ;
- Vu** le code du sport, notamment les articles R112-44 à 48 ;
- Vu** le code du sport, notamment les articles R411-12 à 16 ;
- Vu** le décret n° 2020-1280 du 20 octobre 2020 relatif aux conférences régionales du sport et aux conférences des financeurs du sport ;
- Vu** le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- Vu** le décret du 13 juillet 2023 portant nomination de M. Philippe GUSTIN, préfet de la région Bretagne, préfet de la zone de défense et de sécurité Ouest, préfet d'Ille-et-Vilaine ;
- Vu** l'arrêté du recteur de la région académique de Bretagne du 17 décembre 2020 portant organisation de la délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de Bretagne ;
- Vu** l'arrêté préfectoral du 29 décembre 2020 portant délégation de signature à M. Emmanuel ETHIS, recteur de la région académique Bretagne, recteur de l'académie de Rennes ;
- Vu** le protocole du 21 décembre 2020 entre le préfet de la région Bretagne et le recteur de la région académique Bretagne, relatif à l'articulation de leurs compétences pour la mise en œuvre, dans la région Bretagne, des missions de l'État dans les champs des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire, de l'engagement civique et de la vie associative ;
- Sur proposition** de M. le délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de Bretagne ;

**Arrête**

**Article 1 :**

La conférence des financeurs du sport de Bretagne est composée comme suit :

**1. Collège des représentants de l'État :**

- a) Le préfet de la région Bretagne ou son représentant ;
- b) Le recteur de région académique ou son représentant ;
- c) Le délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de Bretagne ou son représentant ;
- d) Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
- e) La directrice régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ou son représentant ;
- f) La présidente de l'Université de Bretagne Sud ou son représentant ;

**2. Collège des représentants des collectivités territoriales et des établissements publics de coopération intercommunale :**

**a) Représentants du Conseil régional de Bretagne (1 siège) ;**

TITULAIRE	SUPPLEANT
ARNAUD TOUDIC	<i>Non désigné</i>

**b) Représentants désignés par chaque département de la région (4 sièges) ;**

NOM DE LA COLLECTIVITE	TITULAIRES	SUPPLEANTS
Conseil Départemental des Côtes d'Armor	LUDOVIC GOUYETTE	DAMIEN GASPAILLARD
Conseil Départemental du Finistère	EMMANUELLE TOURNIER	MARIE-CHRISTINE LAINEZ
Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine	ROGER MORAZIN	SCHIREL LEMONNE
Conseil Départemental du Morbihan	MARIE-JOSE LE BRETON	MARIE-HELENE HERRY

**c) Représentants des communes désignés par l'Association des maires de France, dont un en accord avec l'Association nationale des élus en charge du sport (3 sièges) ;**

NOM DE LA COLLECTIVITE	TITULAIRES	SUPPLEANTS
Communes	JEROME BEGASSE	MARC BOUTRUCHE
Communes	PATRICK APPERE	DOMINIQUE CAP
Communes	SONYA NICOLAS	THIERRY STIEFVATER

**d) Représentants des établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de sport, désignés par l'Association des maires de France (1 siège) ;**

NOM DE LA COLLECTIVITE	TITULAIRE	SUPPLEANT
Etablissements Publics de Coopération Intercommunale	NOELLE CHENOT	NICOLAS BELLOIR

**e) Représentant désigné par chaque métropole compétente en matière de sport de la région (1 siège) ;**

NOM DE LA COLLECTIVITE	TITULAIRE	SUPPLEANT
Métropole de Brest	CHARLES KERMAREC	STEPHANE ROUDAUT

### 3. Collège des représentants du mouvement sportif :

#### a) Représentants désignés par le comité régional olympique et sportif français (2 sièges) ;

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRES	SUPPLEANTS
Comité Régional Olympique et Sportif de Bretagne	YANNICK MORIN	JACQUELINE PALIN
Comité Régional Olympique et Sportif de Bretagne	PRIGENT COLIN	BRUNO DEMELIN

#### b) Représentant désigné par le comité paralympique et sportif français (1 siège) ;

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Comité Paralympique Sportif Français	MICHELLE SEVIN	NICOLAS BRUNET

#### c) Représentants de fédérations sportives agréés au sens de l'article L. 131-8 (2 sièges), d'une fédération sportive agréée affinitaire ou multisport (1 siège), d'une fédération constituée pour organiser la pratique d'une seule discipline sportive ou de disciplines connexes non olympiques (1 siège) ;

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRES	SUPPLEANTS
Fédérations sportives olympiques	ANNICK DURNY	SYLVIE LE VIGOUROUX
Fédérations sportives olympiques délégataires pour la discipline paralympique homologue	VIVIANE LE THOMAS	BRUNO LE BRETON
Fédérations sportives affinitaires ou multi-sports affiliées au CPSF	JACQUELINE MOREL	GEORGES THOMAS
Fédérations non olympiques	MARIE COADIC	THIERRY DE CONTET

#### d) Représentant désigné par l'association nationale des ligues de sport professionnel (1 siège) ;

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Association Nationale des Ligues de Sport Professionnel	<i>non désigné</i>	<i>non désigné</i>

### 4. Collège des représentants des autres personnes physiques et morales intéressées par le développement du sport et des organisations professionnelles représentatives des acteurs du monde économique :

#### a) Représentant désigné par le Mouvement des entreprises de France (1 siège) ;

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Mouvement des Entreprises de France	ALBAN RAGANI	STEPHANE BIDAMANT

**b) Représentant désigné par la Confédération des petites et moyennes entreprises (1 siège) ;**

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Confédération des Petites et Moyennes Entreprises	MICKAEL OFFRET	PATRICE LE PADELLEC

**c) Représentant désigné par l'Union des entreprises de proximité (1 siège) ;**

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Union des Entreprises de Proximité	<i>non désigné</i>	<i>non désigné</i>

**d) Représentant désigné par l'Union sport et cycle (1 siège) ;**

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Union Sport et Cycle	THIERRY VERNEUIL	<i>non désigné</i>

**e) Représentant désigné par le Conseil social du mouvement sportif (1 siège) ;**

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Conseil Social Mouvement Sportif	JEAN KERHOAS	PHILIPPE RODET

**f) Représentant désigné par la Chambre de commerce et d'industrie de la région (1 siège) ;**

NOM DE L'ORGANISME	TITULAIRE	SUPPLEANT
Chambre de Commerce et d'Industrie de Bretagne	PHILIPPE ROUAULT	CEDRIC RAGANI

**Article 2 :**

Les membres de la conférence des financeurs du sport autres que ceux mentionnés de a) à e) du collège des représentants de l'État sont nommés pour une durée de cinq ans, renouvelable une fois.

**Article 3 :**

Le présent arrêté est exécutoire à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bretagne.

**Article 4 :**

Le secrétaire général pour les affaires régionales et le délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de Bretagne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bretagne.

Rennes, le **25 OCT. 2023**

Le Préfet de la région Bretagne,  
Préfet d'Ille et Vilaine

Philippe GUSTIN

préfecture de région

R53-2023-10-26-00002

Arrêté de suppléance régionale de M. ESPINASSE  
du 28 octobre au 03 novembre 2023





**PRÉFET  
D'ILLE-  
ET-VILAINE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## ARRÊTÉ

**confiant à Monsieur Alain ESPINASSE, préfet du Finistère,  
la suppléance du préfet de la région Bretagne  
du samedi 28 octobre 2023 à 15h00 au vendredi 03 novembre 2023 au soir**

**LE PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE,  
PRÉFET D'ILLE ET VILAINE**

**Vu** le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements, et notamment son article 39 ;

**Vu** le décret n° 2008-158 du 22 février 2008 relatif à la suppléance des préfets de région et à la délégation de signature des préfets et des hauts commissaires de la République en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie ;

**Vu** le décret du 13 juillet 2023 portant nomination de Monsieur Philippe GUSTIN, préfet de la région Bretagne, préfet de la zone de défense et de sécurité Ouest, préfet d'Ille-et-Vilaine ;

**Vu** le décret du 13 juillet 2023 portant nomination de Monsieur Alain ESPINASSE, préfet du Finistère ;

**Vu** l'arrêté du 3 mars 2023 portant nomination de Monsieur Jean-Christophe BOURSIN, secrétaire général pour les affaires régionales ;

**Considérant** l'absence de Monsieur Philippe GUSTIN, préfet de la région Bretagne du samedi 28 octobre 2023 à 15h00 au vendredi 03 novembre 2023 au soir ;

**Considérant** l'absence concomitante de Monsieur Jean-Christophe BOURSIN, secrétaire général pour les affaires régionales du samedi 28 octobre 2023 à 15h00 au vendredi 03 novembre 2023 inclus ;

## ARRÊTE

**Article 1 :** La suppléance du préfet de la région Bretagne est assurée par Monsieur Alain ESPINASSE, préfet du Finistère, du samedi 28 octobre 2023 à 15h00 au vendredi 03 novembre 2023 inclus ;

**Article 2 :** Le secrétaire général pour les affaires régionales et le préfet du Finistère sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera affiché à la préfecture de la région Bretagne et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bretagne.

Fait à Rennes, le **26 OCT. 2023**

Le Préfet

Philippe GUSTIN