

Charte Madeleine Brès



Agir ensemble pour un parcours de santé sans rupture

« L'amélioration continue du système de santé ne peut être obtenue qu'avec le concours de toutes les bonnes volontés, sans distinction de sexe. »

Morgan LAMBOLEY
Directeur adjoint du DAC 61

Charte Madeleine Brès

Agir ensemble pour un parcours de santé sans rupture

I – CHARTE MADELEINE BRÈS	4
A – Historique	4
B – Objectifs	5
C – Missions	6
D – Valeurs	7
E – Enjeux	8
II – BIOGRAPHIE DE MADELEINE BRÈS	13
III – ARTICLES	14
IV – COMITOLOGIE	17
A – Comité de la Charte Madeleine Brès	17
B – Comité Stratégique COSTRAT	18
C – Comité de Pilotage COPIL	18
D – Secrétaire de la Charte	19
E – Référent de la Charte	19
V – SIGNATAIRES DE LA CHARTE MADELEINE BRÈS	20
VI – ANNEXES	21
A – Méthodologie de l’Observatoire des ruptures de parcours du DAC	61
B – Définition de la responsabilité populationnelle	21
C – Foire aux questions	22
D – Contacts	23

I – CHARTE MADELEINE BRÈS

A – Historique

La mission principale des DAC – Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes – est d'animer un Observatoire des Ruptures de Parcours de santé (ORP) qui vise à rendre lisible les écarts entre la stratégie et l'opérationnel, entre la théorie et la pratique, entre l'imaginaire institutionnel et la réalité de terrain.

Après avoir ouvert son observatoire en mai 2023, accessible par tous les professionnels, élus et bénévoles de son territoire, le DAC 61 a initié un projet de Charte qui vise à fédérer tous les acteurs – acteurs de terrain comme décideurs –, dans le but de les accompagner dans la remontée des informations nécessaires à la compréhension des problèmes et difficultés, ce afin d'améliorer la qualité des accompagnements et soins, de faciliter la coordination des acteurs, et de créer une dynamique collective, bénéfique pour le système de santé, ses professionnels et ses usagers.

Le nom de *Charte Madeleine Brès* a été déterminé par les membres du Conseil d'Administration de l'association APPUI SANTÉ 61 le 05/02/2025 parmi une sélection de 18 propositions, femmes et hommes français.e.s qui ont eu un impact sur la médecine et le système de santé. Au-delà de participer à l'égalité femmes-hommes, Madeleine Brès a été retenue car elle incarne le progrès et la modernisation du système de santé ; elle a œuvré à une meilleure prise en charge des patients, notamment les plus vulnérables ; elle s'est engagée pour l'hygiène et la prévention – ce qui fait écho à l'importance de rendre lisible les ruptures de parcours – ; et elle symbolise la persévérance et l'amélioration continue, valeurs clés de la présente charte.

Si nommer la Charte par le nom d'une personnalité permet d'avoir un impact émotionnel et symbolique, de faciliter sa mémorisation et sa diffusion, de susciter la curiosité, à l'inverse d'un nom plus technique – Charte d'incitation à la déclaration de rupture de parcours de santé – le nom de personnalité ne donne pas une clarté immédiate de l'objet. C'est pourquoi y a été adossé une *baseline* : « Agir ensemble pour un parcours de santé sans rupture ».

Suite à la rédaction de la charte pendant le premier semestre 2025 et sa concertation en territoire (Flers, Bagnoles de l'Orne, Alençon et Bellême) auprès de plusieurs professionnels d'horizons divers, sa validation définitive a été adoptée par les membres Conseil d'Administration de l'association APPUI SANTÉ 61 le 19/09/2025.

La Charte Madeleine Brès est inaugurée le 01/10/2025 à Alençon.

B – Objectifs

« *Créer un espace de parole pour consolider les parcours afin de converger vers une finalité partagée* » est la synthèse du groupe de travail dédié à la préfiguration de la Charte qui s'est tenue avec les membres du Conseil d'Administration d'Appui Santé 61 en février 2025.

Objectifs généraux : Fédérer | Coconstruire | Décentraliser

La Charte Madeleine Brès repose sur une dynamique collective visant à améliorer la qualité et la sécurité des parcours de santé.

Fédérer l'ensemble des acteurs de santé, professionnels et établissements, mais également bénévoles, élus et décideurs, permet de créer un cadre neutre de confiance où la déclaration des ruptures et événements indésirables devient un levier d'amélioration continue.

Cette bienveillance partagée permet la coconstruction de solutions adaptées aux réalités du terrain, qui garantissent une prise en charge plus fluide, plus cohérente, et tenant compte des besoins spécifiques des populations, des territoires et des acteurs.

Pour arriver à cela, décentraliser les initiatives en favorisant l'autonomie des acteurs locaux paraît essentiel, car des financements souples et durables pourraient être la clef d'une meilleure réactivité et d'une implication renforcée.

Ensemble, les signataires de la charte forment un réseau décloisonné et deviennent moteurs du progrès au service des patients et de leurs cercles de soin élargis.

Objectifs stratégiques : Simplifier | Fluidifier | Décloisonner

La présente charte vise à renforcer la continuité de l'accompagnement global en agissant sur trois leviers stratégiques.

Simplifier les démarches de déclaration permet aux professionnels de signaler facilement et rapidement les ruptures de parcours et événements indésirables, favorisant ainsi une culture de la transparence et de l'amélioration continue.

Fluidifier la coordination entre les acteurs du système de santé – grâce à des outils partagés et collaboratifs, des circuits d'information optimisés... – réduit la perte d'information, optimise la prise en charge des personnes et favorise la coordination des projets en santé.

Décloisonner les structures et les expertises encourage une approche collaborative, où chaque maillon du parcours de santé (social, médical, éducatif...) contribue activement à une prise en charge plus efficiente, ancrée dans un écosystème maîtrisé par ses acteurs.

Objectifs opérationnels : Informer | Sensibiliser | Communiquer

La charte Madeleine Brès s'appuie sur des actions concrètes pour transformer les données en actions, sur des déclarations de rupture fiables pour travailler des solutions adaptées aux pratiques du terrain.

Informar l'ensemble des acteurs sur les enjeux et le fonctionnement de l'ORP garantit une meilleure prise en main et diffusion de l'outil. Cela conduit les signataires de la charte à une participation engageante et concrète qui participe à l'amélioration continue du système de santé au profit de chacun·e.

Sensibiliser à l'importance de la déclaration de la rupture de parcours permet de lever les freins au signalement et de favoriser une relation de confiance collective.

Pour finir, communiquer de manière claire et transparente assure une mobilisation régulière et durable, en valorisant les initiatives, les retours d'expériences et les évolutions issues des contributions des déclarants.

C – Missions

La Charte Madeleine Brès s'inscrit dans une démarche de responsabilité populationnelle¹, ce qui implique de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné. Pour ce faire, la Charte vise à structurer et sécuriser les parcours de santé en s'appuyant sur cinq axes essentiels.

Elle propose un appui aux professionnels, fondé sur un partenariat entre les acteurs, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques et de favoriser une meilleure prise en compte des ruptures. Ancrées dans les réalités territoriales, elle encourage la co-construction de solutions adaptées. Son objectif est d'améliorer les pratiques et organisations en accompagnant les acteurs et en assurant un suivi rigoureux des actions mises en place. L'objectivation des problématiques, grâce à une collecte et une analyse de données pertinentes, permet d'identifier des tendances et de proposer des réponses mutualisées. La charte assure donc un balisage commun, structurant les parcours, tout en garantissant une souplesse essentielle pour s'adapter aux réalités locales.

La prise en compte du terrain pour fluidifier les parcours

Les ruptures de parcours doivent être identifiées par les acteurs de terrain et analysées par les animateurs territoriaux ou assimilés du DAC pour une meilleure prise en charge de la population. Comprendre les spécificités de chaque situation permet d'anticiper les obstacles et d'identifier tous les leviers d'amélioration. Cela nécessite une remontée d'information fluide et un suivi rigoureux des déclarations de ruptures. Dès lors, la construction de solutions concertées, basée sur des données empiriques, garantit une amélioration de la qualité et de la fluidité des prises en charge globale de manière durable.

L'objectivation des données

Pour mieux agir, il est essentiel de mesurer et analyser les ruptures de parcours et les événements indésirables. L'objectivation repose sur la collecte de données fiables et anonymisées, l'analyse des causes et des conséquences, ainsi que l'identification des tendances. La mise en place d'indicateurs de suivi permet d'évaluer l'impact des actions engagées et d'améliorer en continu les dispositifs existants.

L'amélioration des parcours de santé

L'amélioration continue du système de santé passe par un accompagnement actif des acteurs par une communauté professionnelle décloisonnée. Cela permet de leur fournir des outils et des repères clairs, adaptés et partagés. Le suivi des déclarations de ruptures et des actions correctives garantit une efficacité des réponses apportées et une adaptation aux réalités des territoires.

Un appui partenarial

L'objectif est d'apporter un soutien concret et adapté aux acteurs et aux établissements en fonction de leurs besoins spécifiques. Le partenariat entre les professionnels de santé (médicaux, sociaux, médico-sociaux et associés), les élus et les bénévoles renforce l'efficacité des solutions mises en place. Les réponses expérimentées sur un territoire peuvent alors être valorisées et dupliquées pour bénéficier à d'autres territoires.

Un fil rouge partagé ouvert à la flexibilité

L'enjeu est de proposer un cadre structurant tout en restant adaptable aux réalités de terrain. Le fil rouge donne une direction commune aux acteurs, tandis que la flexibilité permet d'ajuster le cadre en fonction des spécificités locales et des retours d'expérience.

¹ [Cadre National d'Orientation, Unification des DAC, juin 2020](#), p. 12

D – Valeurs

La Charte Madeleine Brès repose sur des valeurs fédératrices qui guident les engagements des signataires et garantissent une démarche éthique, collective et efficiente. Si le décroisement repose sur une acculturation des acteurs et établissements à l'ouverture mutuelle – tant au niveau de l'accompagnement de la population qu'au niveau des instances décisionnelles –, il est tout aussi essentiel de respecter les spécificités et expertises de chacun·e.

Le respect du déclarant

Le respect est au cœur de la démarche. Il repose sur la garantie de la confidentialité des données et de l'anonymat des déclarants. Cette exigence favorise la confiance interprofessionnelle et encourage la déclaration des ruptures de parcours sans crainte de jugement ou de répercussions. L'accueil bienveillant par les signataires de la restitution des données – volontairement non traçables – et de leurs analyses assure une réflexion décroisée, centrée sur l'amélioration partagée.

L'appartenance à une communauté en conservant son identité

La charte vise à fédérer l'ensemble des acteurs du système de santé autour d'une finalité partagée, renforçant le sentiment d'appartenance à une démarche collective. Chaque territoire, chaque établissement, chaque acteur a toutefois ses spécificités, et leur prise en compte permet d'ancrer les initiatives et projets de territoire dans une dynamique de proximité et d'efficience.

Une écoute active pour une transparence bienveillante

L'écoute et le dialogue sont essentiels pour comprendre et anticiper les difficultés rencontrées sur le terrain. La transparence, à travers le partage d'informations et le retour d'expérience, permet d'établir une confiance durable entre les acteurs. Chacun·e peut ainsi contribuer librement à l'amélioration des parcours de santé, dans une logique de concertation et de co-construction.

Une amélioration continue et persévérante qui redonne du sens

L'objectif est de construire un cadre structurant et partagé, respectant à la fois un socle commun coopté et les spécificités locales. Chaque contribution, adaptée aux réalités du terrain, s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue, garantissant des solutions pertinentes et évolutives pour optimiser durablement le système de santé.

E – Enjeux

Agir contre les freins au signalement

L'étape fondamentale d'un Observatoire des ruptures de parcours est de récupérer l'information au plus proche de la source, au plus près des personnes qui constatent les ruptures, et ce de façon exhaustive. Pour que l'ORP soit efficient, il se doit de centraliser le plus d'informations possible pour pouvoir l'analyser et la traiter – afin d'envisager au mieux la mutualisation des ressources et des moyens –, et de décroiser les disciplines et compétences des autorités de tutelles. Pour être en mesure d'avoir un regard et une écoute à 360 degrés sur son territoire, il est nécessaire de rechercher une implication de tous les acteurs, et donc de mettre en place une organisation qui convienne à toutes et à chacun·e.

- *Rendre lisible les éléments à déclarer*

« Une situation de rupture se caractérise par une insuffisance ou un arrêt des aides, de l'accompagnement et/ou des soins, entraînant un préjudice d'intensité variable pour la personne aidée, pouvant aller jusqu'à compromettre son projet de vie.² »

La rupture de parcours est un événement que la personne ne peut maîtriser, et qui impacte la qualité de son parcours de santé. Il s'agit de dysfonctionnements organisationnels et structurels. Par exemples :

- L'absence d'offre de transport adapté ;
- Le service dégradé d'un établissement qui peine à recruter ;
- Des listes d'attente qui stagnent...

La rupture de parcours est à distinguer de l'événement indésirable (événement non souhaité ou effet inhabituel affectant la santé de la personne). Ce dernier existe à un échelon individuel et est traité à un instant T dans une organisation O. Sa résolution impacte donc la démarche qualité.

La rupture de parcours quant à elle s'observe à un échelon collectif car elle est imminemment répétable du fait de sa nature. Elle est traitée de manière objectivée et anonymisée, afin d'accompagner la réorganisation et la restructuration du système de santé et de ses composantes.

Toutefois, la distinction entre rupture de parcours et événement indésirable ne peut être si rigoureusement établie. En effet, un EI peut-être le reflet d'une rupture de parcours qui l'englobe. Par exemple : une infirmière en établissement qui annule de son propre chef un rendez-vous spécialiste pour un résident est un EI. Mais il est le reflet d'un établissement en tension qui souffre de la pénurie de ressources humaines, impactant directement la charge de travail des équipes en place.

Le DAC se veut être le récepteur des déclarations de ruptures de parcours de son territoire et devraient pouvoir s'articuler avec les récepteurs des événements indésirables, graves ou non, afin d'analyser les causes et conséquences de l'ensemble de ces événements non souhaités et non souhaitables.

- *Garantir un faible impact sur la charge de travail du déclarant*

La déclaration d'une rupture de parcours se doit d'être simple, rapide et répétable. En effet, les professionnels de santé exercent constamment dans des contextes en tension avec des ressources matérielles, humaines et temporelles à flux tendus. Ils n'ont pas beaucoup de temps à accorder à cette activité, même s'ils en trouvent du sens.

² [Bulletin Officiel du 16/08/2023](#), p.238

La déclaration, même parcellaire et succincte, est à prioriser avant l'exhaustivité du contenu. C'est aux animateurs territoriaux ou assimilés du DAC d'approfondir l'analyse, catégoriser la rupture et mettre en place des stratégies d'étude adaptées aux contextes et disponibilités du ou des déclarants.

- *Attester l'absence de sanction par un traitement confidentiel*

Déclarer, c'est rendre lisible des dysfonctionnements, l'absence de ressources adaptées, voire plus rarement des carences de compétences. Bien que l'ORP promeut une réflexion partagée vertueuse, il ne peut garantir que des professionnels concertés fassent montre de susceptibilité ou de rancœur.

C'est pourquoi il est primordial de respecter l'anonymisation des déclarants, quels qu'ils soient, afin que ces derniers ne se retrouvent pas sanctionnés, de quelque manière que ce soit. Dès lors, toutes les données individuelles du déclarant sont classées confidentielles, et seuls les animateurs territoriaux ou assimilés du DAC ont accès à ces informations, nécessaires au suivi et traitement de la rupture.

- *Gager une analyse et un traitement*

Tout formulaire réceptionné par le DAC est traité dans des délais raisonnables.

Dès réception, l'animateur territorial ou assimilé évaluera les données pour catégoriser la rupture de parcours. Un retour rapide est assuré auprès du déclarant pour finaliser et valider la fiche de pré-analyse, première étape du traitement de la rupture.

Le détail de la méthodologie d'analyse et de traitement proposé dans l'Orne est disponible sur le site internet du DAC 61 (www.dac61.fr) sous forme de boîte à outils construite à destination de ses pairs.

Faciliter l'utilisation du système de santé

Afin de garantir une transparence et un usage raisonné des ressources du système de santé, déjà lui-même très complexe, un nombre démesuré de rapports, justifications et indicateurs sont réclamés par les acteurs institutionnels. Cette nécessité impacte massivement les ressources et le temps des acteurs de la santé. C'est pourquoi le DAC doit conditionner son activité à la simplification de ses propres procédures et modalités d'accès, afin de ne pas rajouter de la complexité à celle déjà établie et malgré tout nécessaire.

- *Garantir une déclaration simple et rapide*

Le DAC s'engage à proposer un formulaire de déclaration accessible 24/7, remplissable en moins de 5 minutes. Ce formulaire est un espace de parole (texte libre) à disposition de tous les acteurs de la santé. Il s'agit d'un outil souple et adapté à chacun·e.

Cette garantie concourt tout à la fois à simplifier l'utilisation du système de santé et à garantir un faible impact sur la charge de travail du déclarant.

- *Associer tous les acteurs, quels que soient leur expertise ou pouvoir décisionnel*

La coordination est nécessaire tout autant sur le terrain, dans la prise en charge partagée des situations, qu'au niveau des instances de décisions stratégiques. Plusieurs projets similaires peuvent naître sur un même territoire, du fait de l'implication de différents acteurs institutionnels qui partagent la même compétence, comme c'est le cas pour la santé.

De plus, il paraît nécessaire de ne pas cloisonner le terrain et les instances décisionnelles, les deux devant s'alimenter l'un et l'autre au profit de toutes. Ce large décroisement est essentiel à la coordination des projets de santé, dans le but d'optimiser les ressources et compétences disponibles. Cela assure également une démarche réflexive et décisionnelle territorialisée.

Si la modalité des appels à projet ou assimilés permet d'apporter des ressources supplémentaires aux systèmes locaux de santé pour un temps donné, leur proposition reste cependant très descendante et à l'initiative d'instance centralisée. C'est pourquoi de nombreux appels n'aboutissent pas, voire n'ont pas de candidature, car ce n'est ni la priorité ni la temporalité des acteurs du territoire ciblé.

Cette charte a pour vocation de rendre lisible les priorités des territoires et de leurs acteurs aux instances décisionnelles, de manière concertée et transparente, afin d'avancer ensemble vers une finalité partagée et atteignable.

- *Redonner du sens à la stratégie : persévérer pour continuer d'améliorer*

Du fait d'une restructuration du système de santé très descendante, basée sur des rapports et des données avec peu ou pas de concertation, il devient nécessaire de redonner du sens à la stratégie, souvent perçue comme éloignée du terrain et de ses acteurs.

Cette charte invite donc tous les acteurs et décideurs à se rencontrer et s'écouter afin de renforcer le lien de confiance nécessaire à la co-construction, et donc à l'amélioration du système de santé, au profit de toutes et de chacun·e.

Décloisonner les parcours de santé

Le système de santé s'est construit autour d'expertises de parcours. Or, plus un acteur est expert dans son domaine, moins il est informé sur les orientations et alternatives possibles et envisageables.

Toutefois, cette expertise est incontournable pour accompagner les personnes en fonction de leurs besoins, infiniment variables de l'une à l'autre. Le décloisonnement est à construire de manière mesurée et constructive.

- *Rendre accessible un espace de parole à chacun·e*

Le formulaire de déclaration de rupture proposé par le DAC est un premier pas vers l'accessibilité d'un espace de parole universel. Chacun peut s'exprimer, quel que soit son activité, son expertise et son expérience ; et ce sans risque d'être sanctionné ou mis en difficulté, les données étant confidentielles et traitées avant d'être partagées.

La seconde étape, portée par cette charte, est de mettre en place des instances de coopérations ouvertes à toutes, à l'échelle des territoires, avec une modération permettant la libre parole, l'écoute active et la bienveillance professionnelle.

- *Traiter les informations anonymisées avec tous les acteurs concernés*

Les données issues des déclarations étant anonymisées, ce afin de garantir l'objectivité de traitement et le secret d'identité du déclarant, les signataires de la charte seront destinataires d'informations volontairement non traçables, hormis par les animateurs territoriaux et associés du DAC.

Par soucis de transparence et d'efficacité, les données collectées, une fois anonymisées, seront rendues publiques auprès des acteurs pouvant impacter le traitement de la rupture de parcours, et, le cas échéant, à l'ensemble des signataires de la charte. Cette anonymisation est d'autant plus nécessaire qu'elle permet d'éviter la stigmatisation d'acteurs ou de territoires, et assure un traitement bienveillant par les acteurs impliqués.

- *Garantir des modalités de communication adaptées à toutes et à chacun·e*

Le DAC doit s'assurer de mettre en place un système d'information et des outils de communication accessibles par toutes, même pour les professionnels exerçant dans des établissements où la sécurité informatique implique de lourdes restrictions d'accès à l'extérieur.

À cette fin, la charte et ses signataires s'impliquent dans les modalités d'accès de ces espaces de dialogue, nécessaires à la centralisation des données et au traitement des ruptures de parcours.

- *Rendre lisible les avancées et projections*

La présente charte propose une comitologie propice à la transparence, tant pour les données collectées que pour l'avancée du traitement des ruptures de parcours et l'implication des acteurs. Cette lisibilité s'articule à la coordination des projets de santé sur les territoires et de ses ressources.

Développer une culture commune

Une culture commune est un ensemble de valeurs et de comportements partagés au sein d'un groupe, d'un établissement ou d'une institution, nécessaire à l'engagement individuel dans un projet partagé.

Un des enjeux de la charte Madeleine Brès est de développer une culture commune qui transcende les périmètres des structures et organisations territoriales, afin d'avancer ensemble vers une finalité partagée : la structuration de l'accompagnement individuel qui puisse profiter à toutes, quels que soient l'âge, le lieu de résidence, la nationalité, les ressources, la ou les pathologies des personnes prises en charge par le système de santé.

- *Sensibiliser et engager les acteurs impliqués dans les parcours de santé*

Décloisonner les parcours de santé, dans sa définition la plus large, c'est aussi et surtout inciter et donner les moyens nécessaires aux acteurs de travailler de concert, que ce soit au niveau d'un accompagnement partagé, d'un groupe de travail organisationnel ou d'une réflexion stratégique donnant lieu à une restructuration vertueuse.

Pour ce faire, les signataires de la présente charte ont pour rôle d'accompagner les professionnels du territoire, des plus investis aux plus isolés, des plus disponibles au plus en difficulté, vers l'ORP porté par le DAC. Ce dernier aura un impact durable sur l'organisation de chacun·e, visible par un mieux-être de la population, mais aussi une amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des professionnels, impactés par l'interdépendance des acteurs des uns envers les autres.

- *Assurer une confidentialité qui respecte les relations interprofessionnelles*

L'anonymisation des données concernant les déclarants garantit une confidentialité qui respecte les relations interprofessionnelles, interétablissements et interterritoriales. Ni le nom, ni les coordonnées, ni la structure employeuse du déclarant ne sera communiquée, ce qui permet à toutes de déclarer des ruptures de parcours sans conséquence.

Cette confidentialité permet également de rendre lisible des dysfonctionnements de sa propre structure, sans impact sur sa position de salarié, sa relation avec ses collègues et responsables, ses rapports avec ses partenaires.

- *Garantir des espaces de travail pluriprofessionnels*

La charte Madeleine Brès et la méthodologie du DAC prévoient un certain nombre d'instances, construites et animées avec des objectifs clairs et abordables. Si certains sont corporatifs, d'autres sont plus transversaux. L'articulation de toutes ces organisations de travail ou de solidarité permet d'inclure tous les acteurs dans les travaux d'analyse et de réflexion en garantissant des espaces de paroles libres et des organisations souples. Le croisement de ces données est assuré par le DAC. Les conclusions sont mises en lisibilité des signataires de la charte.

Par ailleurs, si les instances envisagées s'avéraient insuffisantes ou à redéfinir, le Comité de Pilotage de la Charte saura proposer de nouvelles opportunités d'organisation afin de mettre en place, par le DAC ou par d'autres acteurs, des espaces de travail adaptés.

- *Développer une solidarité interprofessionnelle afin d'appuyer les professionnels et dispositifs en difficulté*

L'objectif n'est et ne sera pas de contrôler ou sanctionner l'action ou la non-action des professionnels et établissements, mais bien d'accompagner tous les acteurs dans leurs difficultés, quelles qu'elles soient.

Signer cette charte, c'est accepter de recevoir avec bienveillance les dysfonctionnements du système, sans jugement ou a priori, afin de construire des solutions profitables tout à la fois au maillon, à la chaîne et au forgeron.

II – BIOGRAPHIE DE MADELEINE BRÈS³

Madeleine Alexandrine Gebelin, vit le jour à Bouillargues (30) le 25 novembre 1842. Première femme de nationalité française à faire des études de médecine, cela ne fut pas sans difficultés.

Fille d'artisan, elle accompagnait fréquemment son père lors de ses missions à l'hôpital de Nîmes, alors que l'enseignement pour les filles était encore payant et non obligatoire. Dès l'âge de huit ans, elle apprit par mimétisme et conseils à suivre la visite du médecin, donner aux malades tisane et bouillon, et parfois confectionner quelques cataplasmes. Elle songeait déjà alors à consacrer sa vie à la guérison ou au soulagement des malades.

Le 12 avril 1858, Madeleine se vit mariée à Adrien-Stéphane Brès, chauffeur d'Omnibus. Elle avait alors quinze ans quand elle commença à porter le nom de son mari. Bien qu'il n'existait pas au milieu du XIX^{ème} siècle d'obstacle juridique à l'accessibilité aux études de médecine par les femmes, il fallut que Madeleine obtînt une autorisation de son mari pour initier son parcours de formation et obtenir quelque diplôme que ce soit ; le droit français de l'époque jugeant les femmes mariées « irresponsables » et soumises au consentement du mari. C'est donc en 1866, à la suite d'un entretien avec le Doyen de la faculté de médecine, Charles Adolphe Wurtz, qu'elle commença ses études et obtint le baccalauréat ès sciences (accessible aux femmes depuis 1861 malgré une instauration en 1808). Son entrée à la faculté de médecine fut bien plus complexe.

Bien que son mari accordât à Madeleine l'autorisation de suivre des études de médecine le 24 octobre 1868, devant le maire du V^e arrondissement de Paris, Marc Aurèle Rataud, son inscription à la faculté de médecine ne fut pas automatique, du fait même que c'était une femme. Après quelques procédures d'alors, sa candidature fut examinée en Conseil des ministres où l'impératrice Eugénie, épouse de Napoléon III, intervint pour que la décision soit favorable. Cette procédure, lourde pour Madeleine Brès, venait d'apporter un tournant dans la modernisation des modalités d'accès aux études supérieures pour les femmes. Bien qu'elle ne pût passer les concours d'externat (ouverts aux femmes quelques années plus tard, en 1882), elle respecta tant et si bien les contraintes liées à son sexe – code vestimentaire imposé (pas de trace de féminité) ; relations avec les autres étudiants... - qu'elle put présenter sans difficultés autre sa thèse *De la mamelle et de l'allaitement* le 03 juin 1875, à l'âge de 33 ans. Elle obtint la mention « Extrêmement bien ».

Madeleine Brès se spécialisa dans la relation mère-bébé et l'hygiène des jeunes enfants. Elle participera alors pendant 50 ans à innover dans la médecine et sensibiliser les populations et les professionnels à l'hygiène et à la prévention. Sans un soutien institutionnel pérenne et une reconnaissance financière équivalente à celle des hommes, elle connut des difficultés financières. Elle préféra toutefois privilégier l'accès aux soins des populations précaires plutôt qu'une carrière plus lucrative. Le peu d'économie qu'elle pouvait réaliser était réinvestie dans des projets de santé non soutenus, telles une crèche dans le quartier des Batignolles ou la revue médicale *L'hygiène de la femme et de l'enfant*.

Si son parcours et son expertise contribuèrent également à l'émancipation des femmes, cela ne l'empêcha pas de tomber dans l'oubli, faute de soutien dans une société encore très patriarcale, pour ne pas dire masculiniste. Elle décéda le 30 novembre 1921 à Montrouge, oubliée, pauvre et aveugle. Son statut de pionnière et experte ne fut redécouvert que plusieurs décennies après sa mort, ce qui en fait aujourd'hui une figure incontournable, et du progrès en santé et de la lutte féministe.

³ Sources principales : Wikipédia ; *Portraits de Médecins*, « Madeleine BRÈS née GEBELIN », www.medarus.org

III – ARTICLES

Une charte pour mieux accompagner

Article 01 - Faire de la transparence un levier de progrès

Encourager une culture de la transparence permet d'identifier les dysfonctionnements et d'améliorer les pratiques. Déclarer les ruptures de parcours et les événements indésirables ne doit plus être perçu comme une contrainte, mais comme un outil de progrès partagé entre professionnels, établissements et décideurs.

Article 02 - Prévenir plutôt que subir : identifier les signaux

Les dysfonctionnements ne surgissent pas de nulle part : ils sont souvent précédés de signaux, même faibles. Développer une vigilance collective et inciter à rendre lisible ces alertes dès leur apparition permet d'éviter des incidents plus graves et d'anticiper les ruptures de parcours.

Article 03 - Déclarer, c'est protéger : usagers, professionnels et structures

La déclaration des ruptures de parcours ou événements indésirables ne vise pas à sanctionner, mais à comprendre et à corriger. Protéger les usagers, c'est aussi protéger les professionnels en leur donnant un cadre sécurisant et un droit à l'erreur constructif, pour des prises en charge de qualité en confiance.

Reconnaitre et comprendre les ruptures de parcours

Article 04 - Des parcours de santé sans rupture, un objectif collectif

Chaque acteur a un rôle à jouer pour garantir une prise en charge fluide et cohérente. Un parcours de santé réussi repose sur une coordination efficace entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le social, entre professionnels et entre secteurs, pour éviter toute rupture préjudiciable pour l'utilisateur.

Article 05 - Les ruptures de parcours ne sont pas une fatalité

Les erreurs, les retards de prise en charge ou défauts de coordination peuvent être réduits si on s'en donne les moyens. La déclaration permet de tirer des enseignements et d'éviter que les mêmes ruptures se répètent. Il s'agit d'un engagement fort en faveur de l'amélioration continue.

Article 06 - Agir sur les causes, pas seulement sur les conséquences

Un signalement n'a de sens que s'il mène à une amélioration durable. Identifier les causes profondes des dysfonctionnements permet d'apporter des solutions pérennes et adaptées, plutôt que de corriger ponctuellement sans résoudre le problème à la source.

Des engagements concrets pour tous

Article 07 - Professionnels : oser signaler, c'est améliorer le système

Les professionnels de santé sont les premiers témoins des difficultés de terrain. Leur implication dans la déclaration des ruptures de parcours est essentielle pour identifier des

axes d'amélioration et adapter les pratiques en faveur d'une meilleure qualité des prises en charge.

Article 08 – Élus et bénévoles : aider, c'est aussi alerter

Les élus et bénévoles sont les premiers voire les seuls réceptacles des plaintes des administrés victimes de ruptures de parcours. Leur capacité à signaler des ruptures ou des dysfonctionnements est précieuse pour améliorer le système, car ils voient ce que les professionnels n'imaginent même pas. Mieux les écouter et valoriser leurs retours favorisent un système plus réactif et adapté.

Article 09 – Établissements : faire de la déclaration une habitude

Les structures sociales, médicales ou médico-sociales doivent encourager la déclaration et en faire un réflexe intégré aux pratiques quotidiennes. Mettre en place des outils simples, rassurer les équipes et garantir un suivi réel des signalements permet de développer une culture de l'amélioration continue.

Article 10 - Ville-hôpital : coopérer pour éviter les ruptures

Les ruptures de parcours surviennent souvent lors des transitions entre prises en charge hospitalières et retour à domicile. Que les ruptures soient d'origines sociales, médicales, ou médico-sociales, il faut trouver collectivement une meilleure coordination des acteurs sans mettre en péril les précieuses données de santé conservées par les hôpitaux.

Article 11 - Politiques et financeurs : soutenir l'initiative pour un système plus sûr

L'engagement des décideurs est indispensable pour donner aux professionnels et aux établissements les moyens de corriger les dysfonctionnements. Un soutien institutionnel et financier tenant compte des particularités et identités des territoires favorise la pérennisation des dispositifs et leur efficacité à long terme.

Une dynamique d'apprentissage collectif

Article 12 - Les erreurs doivent servir, pas se répéter

Accepter l'erreur comme une opportunité d'apprentissage est une nécessité pour améliorer la sécurité des prises en charge. Chaque déclaration de rupture doit déboucher sur une analyse constructive et des actions concrètes pour éviter la répétition des mêmes erreurs.

Article 13 - Partager les expériences pour progresser ensemble

Les retours d'expérience et le partage des pratiques permettent à l'ensemble des acteurs de progresser plus rapidement et dans une finalité partagée. Mettre en commun les enseignements issus des déclarations favorise l'émergence de solutions adaptées, communes et efficaces.

Article 14 - De la déclaration à l'amélioration : transformer les données en actions

La collecte de déclarations n'a de sens que si elle est suivie d'actions constructives. Il est essentiel d'analyser les tendances, de diffuser les résultats et d'engager des mesures concrètes pour garantir une amélioration continue des parcours de santé.

Des engagements concrets pour toutes

Article 15 - Garantir la confidentialité et protéger les déclarants

La déclaration ne doit pas être un risque, mais une opportunité. Respecter l'anonymat et la protection des déclarants permet de libérer la parole et d'encourager une remontée transparente des ruptures de parcours, sans crainte de répercussions.

Article 16 - Simplifier les démarches pour déclarer plus facilement

Un signalement efficace passe par des outils simples, accessibles et rapides. Réduire la complexité administrative et favoriser des plateformes intuitives permet d'augmenter le nombre de déclarations et d'améliorer la réactivité des réponses adéquates.

Article 17 - Investir les technologies pour mieux repérer les risques

Les outils numériques, l'intelligence artificielle et les bases de données permettent d'identifier les tendances et d'anticiper les risques avant qu'ils ne deviennent critiques. Investir dans ces solutions renforce la capacité de prévention du système de santé, et se doit de garantir un partage d'information sécurisé.

Un engagement durable et évolutif

Article 18 - Une démarche qui s'inscrit dans le temps

L'amélioration des parcours de santé ne se fait pas en un jour. C'est pourquoi l'action de cette charte s'inscrit dans une dynamique à long terme, ce qui permet de garantir des avancées continues et de pérenniser les initiatives qui font leurs preuves.

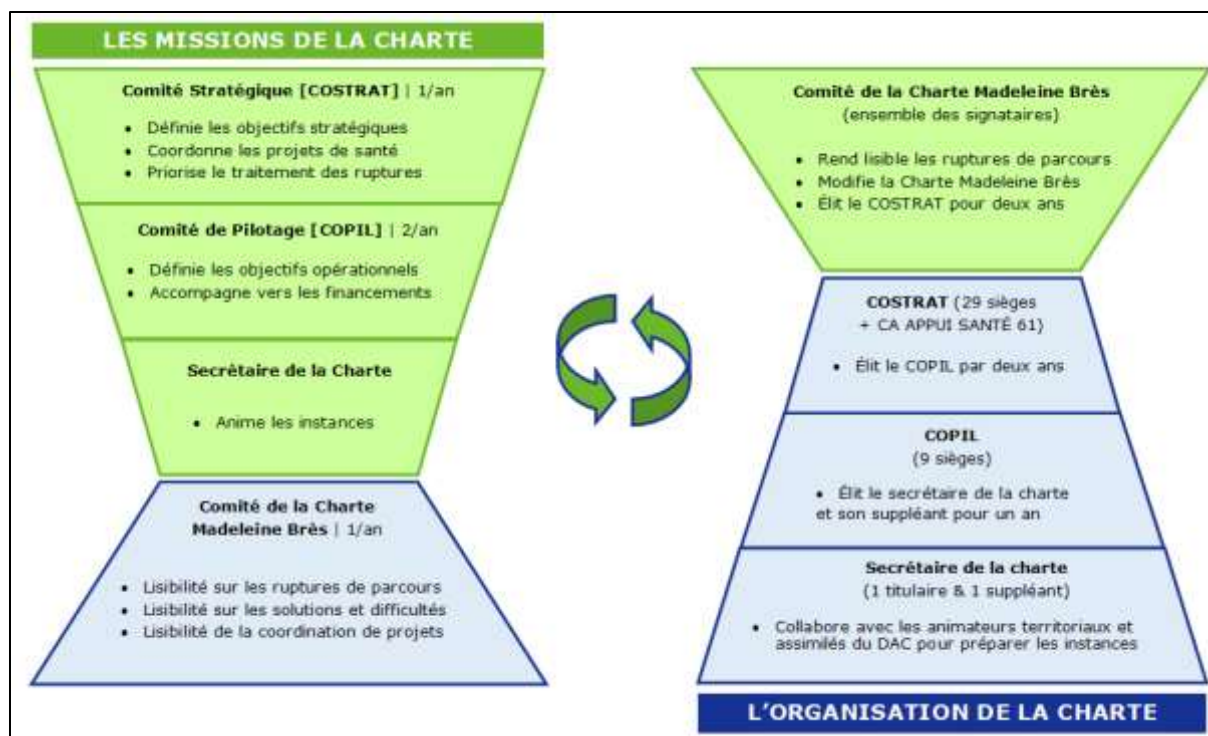
Article 19 - Une culture commune de la vigilance et de la bienveillance

L'objectif n'est pas de blâmer, mais de comprendre et d'améliorer ensemble. Instaurer une culture du dialogue et de la bienveillance favorise l'implication des acteurs et renforce la confiance entre tous.

Article 20 - Un engagement collectif au service de chacun-e

La finalité de cette charte est d'améliorer la qualité des prises en charge pour tous. Chaque acteur, à son niveau, a un rôle à jouer pour assurer des parcours de santé plus fluides, sécurisés, et humains.

IV – COMITOLOGIE



Les missions et organisation de la Charte Madeleine Brès

A – Comité de la Charte Madeleine Brès

Le comité de la charte Madeleine Brès est composé de l'ensemble des signataires de ladite charte, personnes physiques et représentants des personnes morales, qui se sont engagés à rendre lisibles les ruptures de parcours qu'ils rencontrent au DAC. Il se réunit une fois par an afin d'avoir lisibilité sur :

- le rapport moral de la Charte Madeleine Brès ;
- tout ou partie des ruptures de parcours réceptionnées par le DAC ;
- les solutions mises en place ou en réflexion pour répondre aux ruptures traitées ;
- les freins et difficultés rencontrés dans la mise en place de solutions ;
- la coordination des projets de santé du territoire du DAC.

Le comité de la charte Madeleine Brès est la seule instance qui peut modifier le contenu de la charte (hors annexes), sur proposition d'amendements par ses membres. Les amendements sont réceptionnés par le référent de la charte et soumis au vote à main levée ou autre moyen équivalent. Les amendements sont validés à la majorité absolue.

Le comité de la charte élit les membres du comité stratégique parmi les signataires volontaires à bulletin secret. Les membres du COSTRAT sont élus à la majorité relative pour une durée de deux ans renouvelables.

Toute délibération est votée au nombre de présents, sans quorum. Un membre du comité de la charte peut représenter d'autres membres absents, dans une limite de trois pouvoirs, dont la sienne propre.

Le comité de la charte Madeleine Brès est coanimé par le secrétaire de la charte et le référent de la charte. Le secrétaire communique, en concertation avec le référent de la charte, l'ordre du jour du Comité à ses membres au moins 20 jours ouvrés avant la rencontre. Le référent de la charte n'a pas de voix délibérative.

B – Comité Stratégique | COSTRAT

Le COSTRAT est composé de cinquante-et-un (51) membres. Vingt-deux (22) sièges sont réservés aux membres de droit, que sont les vingt-deux (22) membres du Conseil d'Administration de l'association APPUI SANTÉ 61, porteuse juridique du DAC 61. Les vingt-neuf (29) autres sièges sont destinés aux signataires volontaires élus par le comité de la Charte Madeleine Brès. Ces derniers sont élus pour une durée de deux ans renouvelable.

Une personne morale ne peut être représentée qu'une seule fois.

La qualité de membre du comité stratégique se perd par démission (courrier adressé au référent de la charte) ; par décès pour une personne physique ; par dissolution pour une personne morale. Le représentant d'une personne morale pourra être remplacé par un autre représentant. Dans tout autre cas, le siège resterait vacant jusqu'aux prochaines élections. Toute situation particulière sera traitée par le COPIL.

Sur invitation de l'un de ses membres, toute autre personne peut assister au Comité Stratégique, sans voix délibérative.

Le COSTRAT se réunit autant que de besoin afin de :

- Définir les objectifs stratégiques de la Charte Madeleine Brès et le l'ORP⁴ ;
- Coordonner la planification des projets de santé ;
- Prioriser le traitement des ruptures de parcours.

Le COSTRAT élit les membres du comité de pilotage parmi ses membres volontaires à vote à main levée ou autre moyen équivalent. Les membres du COPIL sont élus à la majorité relative pour la durée du mandat du COSTRAT, soit deux ans.

Toute délibération est votée au nombre de présents, sans quorum. Un membre du COSTRAT peut représenter un autre membre absent, soit une limite de deux pouvoirs, dont la sienne propre.

Le COSTRAT est coanimé par le secrétaire de la charte et le référent de la charte. Le secrétaire communique, en concertation avec le référent de la charte, l'ordre du jour du COSTRAT à ses membres au moins 15 jours ouvrés avant la rencontre. Le référent de la charte n'a pas de voix délibérative.

C – Comité de Pilotage | COPIL

Le COPIL est composé de neuf (9) membres. Ils sont élus au sein du COSTRAT pour une durée de deux ans renouvelable.

Sur invitation de l'un de ses membres, toute autre personne peut assister au Comité de Pilotage, sans voix délibérative.

Le COPIL se réunit autant que de besoin afin de :

- Définir les objectifs opérationnels de la Charte Madeleine Brès et le l'ORP⁵ ;
- Accompagner la recherche de financements ;
- Appuyer la légitimité des animateurs territoriaux ou assimilés du DAC dans leurs actions en lien direct avec le traitement des ruptures de parcours.

Le COPIL élit le secrétaire de la charte et son suppléant parmi ses membres volontaires à vote à main levée ou autre moyen équivalent. Le secrétaire et son suppléant sont élus à la majorité relative pour la durée d'un an renouvelable.

⁴ Observatoire des Ruptures de Parcours

⁵ IDEM

Toute délibération est votée au nombre de présents, sans quorum. Un membre du COPIL ne peut pas représenter d'autres membres absents.

Si le COPIL ne réunit pas un minimum de trois membres, il ne peut pas prendre de décision.

Le COPIL est coanimé par le secrétaire de la charte et le référent de la charte. Le secrétaire communique, en concertation avec le référent de la charte, l'ordre du jour du COPIL à ses membres au moins 10 jours ouvrés avant la rencontre. Le référent de la charte n'a pas de voix délibérative.

D – Secrétaire de la Charte

Le secrétaire de la charte et son suppléant sont élus au sein du COPIL pour une durée d'un an renouvelable.

Le secrétaire, à défaut son suppléant, collabore avec le référent de la charte pour préparer les instances (COPIL, COSTRAT et Comité de la charte Madeleine Brès), avec l'appui des animateurs territoriaux ou assimilés du DAC. À cette fin, il communique les ordres du jour aux membres des instances :

- au moins 20 jours ouvrés avant le Comité de la Charte Madeleine Brès ;
- au moins 15 jours ouvrés avant le Comité Stratégique ;
- au moins 10 jours ouvrés avant le Comité de Pilotage.

Le secrétaire, à défaut son suppléant, valide et communique les relevés de décision rédigés par le référent de la charte aux membres des instances.

Le secrétaire, à défaut son suppléant, rend lisible en début de chaque instance la mise en application des décisions prises et actions qui en découlent et, à défaut, rend lisible les freins et problématiques rencontrés par les acteurs en portant la responsabilité.

E – Référent de la Charte

La mission de référent de la Charte Madeleine Brès est assurée par un professionnel du DAC⁶.

Le référent assure le lien entre les instances de la Charte et les animateurs territoriaux ou assimilés du DAC qui animent l'observatoire des ruptures de parcours de santé.

Le référent appuie le secrétaire de la charte dans ses missions, co-anime avec lui les instances et rédige les relevés de décision.

Le référent n'a pas de voix délibérative.

⁶ VI – Annexes > C – Contacts

V – SIGNATAIRES DE LA CHARTE MADELEINE BRÈS

Toutes les personnes, physiques ou morales, impliquées dans les parcours de santé, dans sa définition la plus large, peuvent devenir signataires de la Charte Madeleine Brès, qu'elles soient professionnelles, élues ou bénévoles ; publiques, associatives ou privées.

Le signataire s'engage à :

- rendre lisible les ruptures de parcours qu'il rencontre au DAC via l'outil dédié⁷ ;
- accueillir les données rendues lisibles avec respect et bienveillance ;
- collaborer avec les acteurs du territoire pour solutionner les dysfonctionnements.

Le signataire devient membre du Comité de la Charte Madeleine Brès. Il intègre alors un large réseau interprofessionnel. Les personnes morales peuvent avoir plusieurs représentants au sein du Comité de la Charte.

Le signataire peut se porter candidat pour être élu membre du Comité Stratégique. Les personnes morales ne peuvent avoir qu'un seul représentant au sein de cette instance.

Comment signer la Charte ?

Toute personne, physique ou morale, souhaitant devenir signataire de la charte Madeleine Brès remplira le formulaire dédié⁸.

Elle sera alors recontactée par le référent de la charte pour programmer un temps d'échanges et la mise en signature officielle.

Dès l'instant où une personne, physique ou morale, devient signataire de la charte Madeleine Brès, elle apparaîtra dans la liste des signataires⁹, accessible 24/7.

L'adhésion à la charte Madeleine Brès peut être médiatisée selon le souhait du signataire, sous réserve de validation du contenu médiatique par le référent de la charte.

⁷ VI – Annexes > A – Méthodologie de l'Observatoire des ruptures de parcours

⁸ [Formulaire du signataire](#)

⁹ [Liste des signataires](#)

VI – ANNEXES

A – Méthodologie de l'Observatoire des ruptures de parcours du DAC 61

Dans le cadre de l'animation territoriale, les DAC ont pour mission d'animer un observatoire des ruptures de parcours de santé. Le DAC 61 a construit son observatoire dans un objectif de proactivité et de collaboration, afin de coconstruire des réponses systémiques adaptées aux problématiques de son territoire, dont la méthodologie est la suivante :

1. Recenser les ruptures de parcours via un formulaire¹⁰ de saisine accessible par tous les professionnels de l'Orne 7j/7 et 24h/24.
2. Objectiver la rupture par le biais d'une fiche de pré-analyse. Cette dernière reprend les éléments communiqués par le déclarant. Point important : cette fiche est anonymisée pour le déclarant ainsi que pour la personne concernée. Cette étape est nécessaire à la quantification et à la classification des ruptures.
3. Créer un arbre des causes permettant de recenser les causes diverses des ruptures de parcours et donc de l'ensemble des acteurs impliqués, directement ou indirectement.
4. Rencontrer les acteurs pouvant impacter durablement le système de santé et engager des réflexions communes afin de faire disparaître les ruptures de parcours via un modèle de rencontres corporatif.
5. Accompagner les acteurs du territoire dans la mise en place des réponses territoriales concertées. Suite aux groupes de travail précités, deux solutions sont possibles :
 - Les acteurs s'engagent à innover dans leurs pratiques ou leur organisation à moyens constants.
 - Pour les axes d'amélioration et les projets innovants qui nécessitent des moyens supplémentaires, il s'agira de réaliser une étude socio-économique de la rupture de parcours. Cette étude financière permettra de rendre lisible le ratio coût de la rupture/coût de la solution afin d'alimenter les réflexions des autorités de tutelle compétentes.

La méthodologie est détaillée sur le site internet du DAC 61 sous la forme d'une boîte à outils¹¹ mise à disposition de ses pairs.

B – Définition de la responsabilité populationnelle¹²

« La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- 1) rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;*
- 2) assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ;*
- 3) agissant en amont sur les déterminants de la santé. »*

¹⁰ [Formulaire de déclaration d'une rupture de parcours](#)

¹¹ [Boîte à outils ORP du DAC 61](#)

¹² « Responsabilité populationnelle au Québec : l'impulsion nationale, le soutien régional, la mise en œuvre locale ». Martine COUTURE | Présidente-directrice générale de l'Agence de la Santé et des services sociaux du Saguenay-St Jean.

C – Foire aux questions

- **Où puis-je trouver la liste des signataires ?**
 - La liste des signataires est disponible 24/7 sur le site internet www.dac61.fr
- **Où puis-je trouver la liste des membres des COSTRAT et COPIL ?**
 - La liste des membres des instances de la charte est disponible 24/7 sur le site internet www.dac61.fr
- **Pourquoi dois-je déclarer une rupture de parcours ?**
 - Pour rendre visibles les difficultés rencontrées par les usagers et les professionnels, et ainsi améliorer collectivement les parcours de santé.
- **À qui dois-je déclarer une rupture de parcours ?**
 - Au DAC du territoire où est domicilié la personne accompagnée. Pour le département de l'Orne : le DAC 61.
- **Prends-je un risque à déclarer une rupture de parcours ?**
 - Non. Les déclarations sont confidentielles, anonymisées et non nominatives. Elles ne peuvent donner lieu à aucune sanction.
- **Quelle implication impose ma déclaration de rupture de parcours ?**
 - Aucune obligation supplémentaire. La déclaration contribue simplement à alimenter l'analyse collective.
- **Quelle différence entre une rupture de parcours et un événement indésirable ?**
 - Une rupture de parcours concerne une discontinuité dans le suivi ou la coordination du patient. Un événement indésirable est un incident ponctuel lié à la prise en charge.
- **Que va devenir ma déclaration ?**
 - Elle sera analysée, anonymisée et intégrée dans des bilans correctifs. Les résultats serviront à améliorer les pratiques et proposer des solutions adaptées.
- **Quel temps cela va me prendre ?**
 - Moins de cinq minutes : le formulaire est simple et rapide.
- **Qui peut déclarer ?**
 - Tous les professionnels, élus ou bénévoles qui constatent une rupture de parcours, quel qu'en soit sa gravité.
- **Quand puis-je déclarer ?**
 - À tout moment, le formulaire est en libre accès 24/7.
- **Comment puis-je déclarer ?**
 - Via le formulaire de déclaration disponible sur www.dac61.fr

- **Dois-je faire valider ma déclaration par ma direction ?**
 - *Non. La déclaration est individuelle et ne doit en aucun cas nécessiter la validation hiérarchique.*
- **Dois-je faire valider ma déclaration par la personne concernée ?**
 - *Non. Les déclarations étant anonymisées, les informations transmises ne font pas parties du dossier patient.*
- **Le devoir de réserve m'empêche-t-il de réaliser une déclaration ?**
 - *Non. Le dispositif garantit l'anonymat et s'inscrit dans une logique d'amélioration continue des parcours.*
- **Puis-je déclarer une rupture qui concerne ma propre structure ?**
 - *Oui. C'est même essentiel pour progresser collectivement.*
- **Si j'ai un doute, dois-je déclarer ?**
 - *Oui. Mieux vaut déclarer un doute que laisser passer une difficulté non signalée.*
- **Puis-je m'investir au-delà de la déclaration ?**
 - *Oui. Vous pouvez rejoindre les comités, participer aux concertations, ou contribuer à l'élaboration des solutions.*

D – Contacts

Poste vacant *Secrétaire de la Charte*

XXX

Morgan LAMBOLEY *Directeur adjoint & Référent de la charte Madeleine Brès*

06 73 36 72 84 | mlambole@dac61.fr

Elsa DEBRÉ *Animatrice territorial Est*

06 71 25 28 18 | edebre@dac61.fr

Poste vacant *Animatrice·teur territorial·e Ouest*