

# Evaluation du SRS et du PRAPS



ARS Bourgogne-Franche-Comté

## Rapport Février 2023

### **Avertissements**

Le présent document constitue le rapport d'évaluation du SRS et du PRAPS menée par Planète Publique, à la demande de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté.

Il présente les conclusions de l'équipe d'évaluation sur le programme ainsi que des recommandations en vue de la formalisation du prochain PRS. Son contenu relève de la seule responsabilité des consultants de Planète Publique et ne saurait engager l'ARS Bourgogne-Franche-Comté.

Les données mobilisées pour l'évaluation ont été recueillies au premier semestre 2022.

### **Rédacteurs**



Dr Frédéric DUGUÉ, directeur du pôle Santé-Social  
Caroline MASSOT, directrice  
Yasmina NICOLAS, consultante confirmée  
Julie QUARTERMAINE, consultante confirmée  
Jeanne ROYER, consultante confirmée

# Sommaire

<b>1.</b>	<b>SYNTHESE .....</b>	<b>5</b>
1.1	Contexte et méthode.....	5
1.2	Principaux enseignements par monographie .....	5
1.3	Principaux enseignements transversaux et recommandations .....	10
<b>2.</b>	<b>CONTEXTE.....</b>	<b>13</b>
2.1	Le PRS comme cadre général de la politique de santé en région .....	13
2.2	L'évaluation du PRS .....	15
<b>3.</b>	<b>METHODES .....</b>	<b>16</b>
3.1	Enjeux et principes .....	16
3.2	Périmètre de l'évaluation.....	17
3.3	Travaux réalisés et calendrier .....	19
3.4	Pilotage .....	21
<b>4.</b>	<b>PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT SPORTIF POUR LA SANTE (PASS) .....</b>	<b>23</b>
4.1	Questionnement et méthode pour l'évaluation .....	23
4.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	23
4.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	34
<b>5.</b>	<b>INCLUSION SCOLAIRE.....</b>	<b>36</b>
5.1	Questionnements et méthode pour l'évaluation.....	36
5.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	37
5.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	51
<b>6.</b>	<b>EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE (EMG) .....</b>	<b>53</b>
6.1	Questionnement et méthode pour l'évaluation .....	53
6.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	55
6.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	65
<b>7.</b>	<b>COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS) .....</b>	<b>66</b>
7.1	Questionnement et méthode pour l'évaluation .....	66
7.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	67
7.3	En synthèse – réponses aux questions évaluatives .....	79

<b>8.</b>	<b>TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS (TSU)</b> .....	<b>81</b>
8.1	Questionnements et méthode pour l'évaluation.....	81
8.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	82
8.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	92
<b>9.</b>	<b>PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE (PTSM)</b> .....	<b>94</b>
9.1	Questionnements et méthode pour l'évaluation.....	94
9.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	94
9.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	109
<b>10.</b>	<b>ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (EPP)</b> .....	<b>111</b>
10.1	Questionnement évaluatif .....	111
10.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	112
10.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	119
<b>11.</b>	<b>LITS HALTE SOINS SANTE (LHSS)</b> .....	<b>120</b>
11.1	Questionnement et méthodes pour l'évaluation.....	120
11.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	121
11.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	137
<b>12.</b>	<b>ETICSS</b> .....	<b>139</b>
12.1	Questionnements et méthode pour l'évaluation.....	139
12.2	Enseignements généraux sur le dispositif .....	139
12.3	En synthèse – réponse aux questions évaluatives .....	148
<b>13.</b>	<b>ANALYSE TRANSVERSALE</b> .....	<b>150</b>
13.1	Priorité « prévention ».....	150
13.2	Priorité « parcours ».....	153
13.3	Priorité « territorialisation ».....	156
13.4	Autres freins et leviers.....	160
13.5	Recommandations .....	164
<b>14.</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>168</b>
14.1	PASS.....	168
14.2	Inclusion scolaire.....	170
14.3	EMG.....	172
14.4	CPTS.....	177
14.5	TSU .....	185
14.6	PTSM.....	189

14.7	EPP .....	193
14.8	LHSS.....	196
14.9	eTICSS .....	199
14.10	Glossaire .....	202

# 1. Synthèse

## 1.1 Contexte et méthode

- Une évaluation du PRS Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028 a été menée à mi-parcours, afin d'identifier le chemin parcouru et celui restant à parcourir dans la deuxième période de sa mise en œuvre.
- Les travaux, initiés en janvier 2022, reposent sur l'étude de 9 dispositifs, représentant l'ensemble des priorités du PRS, réalisés par le biais de méthodes qualitatives (entretiens avec les parties prenantes, visites sur site, analyses documentaires, focus groups).
- À partir de ces 9 monographies, une analyse transversale a été conduite afin de tirer les principaux enseignements portant sur différents axes structurants pour la suite de la mise en œuvre du PRS.

## 1.2 Principaux enseignements par monographie

Dispositif	Principaux enseignements
<b>Parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une amélioration du <b>maillage territorial</b> grâce à l'étoffement de l'offre en activité physique adaptée</li> <li>- Un dispositif qui permet de <b>toucher le public</b> très éloigné du sport (patients en affection de longue durée ou en perte d'autonomie)</li> <li>- Une mobilisation inégale des professionnels prescripteurs</li> <li>- Le rôle d'orientation du réseau sport santé et le travail d'information réalisé par les acteurs en amont qui favorisent <b>l'inscription de la pratique sportive dans la durée</b></li> <li>- Un travail de <b>mise en cohérence</b> et d'<b>amélioration de la lisibilité</b> de l'offre PASS à mener</li> </ul>

Dispositif	Principaux enseignements
<p align="center"><b>Inclusion scolaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>progression de la scolarisation</b> en milieu ordinaire des enfants et des jeunes en situation de handicap entre fin 2018 et début 2021</li> <li>- Une <b>répartition inégale</b> entre les territoires, liée à des facteurs structurels et organisationnels</li> <li>- Des ruptures à chaque <b>changement de cycle</b> (en particulier à l'entrée au lycée)</li> <li>- Les dispositifs permettant la <b>mise à disposition de l'expertise</b> au sein du milieu ordinaire, identifiés comme une voie d'avenir pour les acteurs</li> <li>- Un point de vigilance concernant le fait de privilégier l'aspect quantitatif de l'inclusion (nombre d'enfants scolarisés), si cela se fait au détriment d'une <b>qualité suffisante</b></li> </ul>
<p align="center"><b>Équipes mobiles de gériatrie (EMG)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une plus <b>forte mobilisation</b> et une plus <b>forte articulation</b> entre les EMG et les services <b>intra hospitaliers</b></li> <li>- Des <b>freins aux sollicitations</b> et des contacts plus ponctuels avec les acteurs <b>extrahospitaliers</b></li> <li>- Un dispositif qui participe à une <b>meilleure orientation</b> dans la filière gériatrique, avec des alternatives proposées à l'hospitalisation</li> <li>- Des limites à l'action des EMG qui entraînent des sollicitations en <b>derniers recours</b> davantage qu'en amont</li> </ul>
<p align="center"><b>Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>atteinte progressive des objectifs nationaux</b> de couverture territoriale</li> <li>- Une échelle territoriale et des missions de la CPTS <b>complémentaires</b> avec les autres échelons de coordination pluriprofessionnelle</li> <li>- Des premiers déploiements, à la suite de la signature de l'accord tripartite, davantage <b>concentrés sur le volet « accès aux soins »</b> des missions des CPTS que sur les volets « prévention » ou « parcours »</li> <li>- Des projets qui rassemblent principalement des <b>professionnels de santé de ville</b>, autour de noyaux porteurs relativement restreints à ce stade du déploiement ; des <b>freins à la mobilisation</b> des professionnels</li> <li>- Des coordinateurs qui jouent un rôle central dans la <b>formalisation</b> (lorsqu'ils peuvent être financés dès cette étape) et dans le <b>déploiement des actions</b></li> </ul>

Dispositif	Principaux enseignements
<p><b>Transports sanitaires urgents (TSU)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des initiatives dans certains territoires, qui ont contribué à <b>fluidifier</b> l'organisation de la gestion des TSU et à gagner en efficacité dans l'attribution et la réalisation des missions, selon des niveaux variables</li> <li>- Des <b>demandes en TSU satisfaites</b>, en dehors de situations spécifiques, comme le transport bariatrique, qui peuvent rencontrer des difficultés</li> <li>- Des carences ambulancières qui n'ont pas, selon les acteurs au moment de l'évaluation, encore suffisamment diminué</li> <li>- Des <b>marges d'améliorations importantes</b> portées par la réforme mise en place à partir d'avril 2022, perçue comme décisive par les acteurs (nouveaux outils, nouvelles tarifications, nouvelles modalités d'organisation des gardes)</li> </ul>
<p><b>Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des PTSM et des contrats (CTSM) qui ont permis <b>d'identifier les besoins</b> des territoires en matière de santé mentale et d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour y répondre</li> <li>- Une logique « parcours de vie » des patients, qui n'est à ce jour <b>pas encore entièrement adoptée et aboutie</b></li> <li>- Un renforcement des liens entre <b>professionnels exerçant à l'hôpital</b> et <b>professionnels exerçant en ville</b></li> <li>- Une <b>coordination</b> et une <b>implication</b> des acteurs reposant en majeure partie sur la mise en œuvre de la fonction de <b>coordinatrice de PTSM</b></li> <li>- Des territoires qui ont tous initié des réflexions pour coordonner la mise en œuvre des PTSM <b>avec les démarches parallèles</b>, mais qui demeurent à concrétiser</li> </ul>



Dispositif	Principaux enseignements
<p><b>Entretien prénatal précoce (EPP)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>mobilisation variable</b> selon les professions et les modes d'exercice</li> <li>- Des actions de <b>formation</b>, de <b>communication</b>, d'<b>outillage</b> et d'<b>appui financier</b> menées au niveau régional et national qui ont favorisé la mobilisation et le développement d'une culture commune</li> <li>- Un manque de coordination et d'articulation des professionnels dont l'activité est segmentée</li> <li>- Un déploiement de l'entretien postnatal (EPNP) qui peut s'appuyer sur le <b>même référentiel</b> de formation et sur les mêmes outils que l'EPP, dans une <b>continuité du parcours</b></li> <li>- Un point de vigilance sur la <b>disponibilité des professionnels</b> dans les territoires où est constatée une tension sur l'activité et sur l'offre de prise en charge</li> </ul>
<p><b>Lits halte soins santé (LHSS)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une offre jugée pertinente et satisfaisante en termes de nombre de places et qui apporte une <b>réponse aux besoins</b> identifiés sur le territoire</li> <li>- Une augmentation constatée des dossiers pour des profils de plus en plus <b>complexes</b></li> <li>- Des réussites observées en termes de <b>stabilisation de l'état</b> des patients au cours de leur séjour, et des solutions de <b>sorties jugées satisfaisantes</b> malgré des <b>freins</b> liés à une <b>offre limitée</b></li> <li>- Une offre « <b>d'aller-vers</b> » en développement, jugée très <b>pertinente</b> par les acteurs interrogés, car venant en complément des LHSS avec hébergement</li> </ul>

Dispositif	Principaux enseignements
eTICSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une méthode proposée pour <b>l'expression des besoins</b> qui semble satisfaisante, jugée <b>pertinente</b> par les acteurs</li> <li>- Des enjeux d'<b>interopérabilité</b> qui restent prégnants mais qui sont d'ores et déjà identifiés ; une attente forte exprimée par les professionnels d'articulation avec le dossier médical partagé</li> <li>- Un projet « sorties d'hospitalisation » porté par le service de gériatrie du CHRU de Besançon et le dispositif d'appui à la coordination de Franche-Comté et outillé par eTICSS ayant permis de <b>mieux anticiper les sorties</b> (J-3), de préparer le retour à domicile et <i>in fine</i> de réduire la durée moyenne de séjour ; un outil permettant notamment d'accélérer la transmission des CR d'hospitalisation</li> <li>- Un projet intitulé <i>Espace médical nutrition et obésité</i>, mis en œuvre à titre expérimental dans le cadre du dispositif « article 51 » et outillé par eTICSS, ayant permis de <b>fluidifier</b> et d'<b>accélérer</b> l'échange d'information, en gagnant en efficacité ; une ouverture aux professionnels hors dispositif en cours</li> </ul>

### 1.3 Principaux enseignements transversaux et recommandations

Priorité du PRS	Principaux enseignements	Recommandations
<p><b>Prévention</b></p>	<p><u>Leviers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une adhésion croissante des professionnels en matière de prévention, qui permet d'impulser des dynamiques</li> <li>- Un développement de compétences spécifiques et une évolution des pratiques</li> <li>- Un décentrage par rapport à la vision sanitaire inhérente à la formation des professionnels</li> </ul> <p><u>Freins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une disponibilité des professionnels limitée par la demande de soin, qui influence la perception des priorités</li> <li>- Un passage d'une logique réponse à une demande des usagers à une logique de proposition pas toujours évidente à mettre en pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer les conditions d'action réelles et perçues des acteurs</li> <li>- Poursuivre l'accompagnement du développement des compétences</li> <li>- S'appuyer sur d'autres professionnels que les médecins et sur d'autres relais en dehors des professionnels de santé</li> <li>- Renforcer les ponts et relais entre prévention médicalisée et universelle</li> </ul>
<p><b>Parcours</b></p>	<p><u>Leviers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une identification des étapes stratégiques des parcours, exposées aux risques de blocages, déterminante dans la méthode</li> <li>- Une lisibilité d'ensemble de l'offre de coordination à maintenir à l'échelle des territoires</li> <li>- Un déploiement d'outils de structuration des parcours et de coordination facilitant</li> </ul> <p><u>Freins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des cloisonnements persistants entre les acteurs de différents champs intervenant dans la mise en œuvre des dispositifs, parfois renforcés par la structuration et la spécialisation de l'offre de soins</li> <li>- Des ressources dédiées à un accompagnement individualisé souvent nécessaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en compte les enjeux institutionnels</li> <li>- Veiller à la pertinence de l'ingénierie de projet</li> <li>- Investir dans des rôles de coordination adaptés</li> <li>- Construire l'articulation des différentes coordinations se mettant en place</li> </ul>

Priorité du PRS	Principaux enseignements	Recommandations
<b>Territorialisation</b>	<p><u>Leviers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une adaptation des stratégies régionales aux réalités locales permise par des méthodes de mises en œuvre intégrant cette logique, ou bien par le choix de conduire la mise en œuvre directement à l'échelle locale</li> <li>- Un accompagnement et une co-construction avec les acteurs de terrain</li> <li>- Le choix de la bonne échelle de déploiement, permettant de favoriser la complémentarité des dispositifs</li> <li>- L'appui sur des relais locaux et la mobilisation de dynamiques interterritoriales</li> </ul> <p><u>Freins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une structuration territoriale impulsée par un cadre stratégique commun mais influencée par des facteurs déterminants eux-mêmes territorialisés</li> <li>- Des objectifs de couverture territoriale et d'harmonisation qui se heurtent à la réalité de terrain</li> <li>- Un rôle d'intégrateur territorial de certains dispositifs (CPTS, PTSM) qui reste à ce jour encore limité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien des logiques d'intégration amorcées, constituant un investissement à moyen-long terme dans la structuration des territoires</li> <li>- Poursuivre le travail de co-construction avec les acteurs</li> <li>- Soutenir les échanges de pratiques entre acteurs en misant notamment sur la complémentarité des différents niveaux d'action</li> <li>- Porter une attention aux découpages non superposés et soutenir les acteurs à cheval qui doivent redoubler d'efforts d'articulation</li> </ul>

Priorité du PRS	Principaux enseignements	Recommandations
<p><b>Autres freins et leviers</b></p>	<p><u>Leviers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une implication des acteurs renforcée par une nouvelle tarification, de nouvelles missions ou un recours à de nouveaux professionnels</li> <li>- La mise en place de moyens humains spécifiques tels que des coordinateurs</li> <li>- Le développement de l'interconnaissance et la construction d'une culture commune</li> <li>- Le choix de modalités de mise en œuvre propres à chaque projet, la mise en place possible d'expérimentations</li> <li>- La mobilisation, l'incitation et l'animation des réseaux d'acteurs</li> <li>- Le déploiement de moyens dédiés</li> <li>- L'articulation intra et interinstitutionnelle, l'articulation entre dispositifs</li> <li>- La capitalisation sur les coopérations préexistantes</li> <li>- Le déploiement d'outils facilitant ou structurant l'action des professionnels</li> </ul> <p><u>Freins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des difficultés d'implication des acteurs</li> <li>- La rareté de certaines expertises professionnelles dans les territoires</li> <li>- Les cloisonnements entre différents champs de la santé dans les territoires</li> <li>- Les délais d'appropriation et d'opérationnalisation des outils</li> <li>- Les limites d'interopérabilité et les cloisonnements du système de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la mobilisation de la diversité des cadres d'action régionale et des modalités de mise en œuvre</li> <li>- Valoriser et soutenir le rôle d'accompagnement : par l'ARS, par les relais tels que les CPTS, par les partenaires</li> <li>- Pallier la disponibilité limitée de certains professionnels en s'appuyant sur les complémentarités de compétences existantes</li> <li>- Maintenir la cohérence stratégique mise à mal par les temporalités multiples des projets et acteurs</li> </ul>

## 2. Contexte

---

### 2.1 Le PRS comme cadre général de la politique de santé en région

Les *projets régionaux de santé* (PRS) traduisent les objectifs des agences régionales de santé (ARS) et jouent un rôle de planification et de programmation des moyens et des actions à mettre en place pour répondre aux enjeux et aux ambitions du territoire.

À partir de 2018, suite à la loi de modernisation du système de santé de 2016, et dans le cadre de leur nouveau périmètre régional, les ARS ont élaboré et adopté leur projet régional de santé de 2<sup>ème</sup> génération, reposant sur une architecture remaniée et simplifiée. Le *cadre d'orientation stratégique* (COS) définit les orientations à long terme (10 ans) tandis que le *schéma régional de santé* (SRS) et le *programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* (PRAPS) déclinent les orientations de manière opérationnelle pour 5 ans. Le PRS Bourgogne-Franche-Comté comprend en outre un volet supplémentaire relatif à la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités suisses, s'appliquant également sur une période de 10 ans.

Le PRS constituant le cadre d'actions pour la politique régionale de santé, son élaboration requiert le concours des acteurs du système de santé. Il est d'ailleurs soumis à une large consultation réglementaire. Cette dynamique partenariale vise à garantir la cohérence de l'ensemble des objectifs ainsi que l'articulation avec les politiques publiques qui entretiennent des liens avec la santé (aménagement du territoire, environnement, éducation, alimentation, logement...).

Le PRS de Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028 est ainsi le fruit de plus de 20 mois de travaux et de la sollicitation de plus d'un millier d'acteurs. Il a été élaboré à partir des enseignements issus des évaluations des PRS de première génération de Bourgogne et de Franche-Comté. Ces démarches évaluatives avaient notamment pointé la nécessité de renforcer le découplage de l'organisation du système de santé, de conforter la place des usagers, d'améliorer l'efficacité des politiques de santé et de garantir l'équité des soins. Les conclusions de l'évaluation précédente avaient en outre mis l'accent sur la nécessité de développer les points suivants :

- L'accès aux soins de premier recours ;
- L'organisation territoriale du recours aux soins ;
- Les parcours de vie des personnes en situation de handicap ;
- Les parcours de santé des personnes âgées ;
- La déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les *contrats locaux de santé* (CLS) ;
- Le développement de la e-santé ;
- Les parcours en santé mentale.

Document par nature complexe et englobant, le PRS de Bourgogne-Franche-Comté s'est doté de 6 priorités structurantes et transversales :

1. Faire le choix de la prévention ;
2. Faciliter l'autonomie et l'inclusion des personnes âgées et des personnes handicapées dans la société ;
3. Améliorer l'accès aux soins dans les territoires fragiles ;
4. Réorganiser l'accès aux soins urgents ;
5. Améliorer la prise en charge de la santé mentale ;

## 6. E-santé : tirer pleinement parti des usages du numérique en santé.

En complément de ces 6 priorités, l'approche par parcours structure le PRS pour l'ensemble des priorités et des axes d'intervention.

### 2.1.1 Le SRS, pilier du PRS

Le *schéma régional de santé* est l'instrument opérationnel du *cadre d'orientation stratégique* pour les 5 premières années de la stratégie régionale (2018-2023) et propose des objectifs et résultats à atteindre à échéance. Pour ce faire, son élaboration s'est appuyée sur un diagnostic régional et sur un *diagnostic parcours* (13 parcours identifiés) établissant l'état des lieux de l'offre en santé dans la région.

Le SRS est structuré autour de 7 thématiques englobant l'ensemble des champs à investir pour améliorer l'accès aux soins et l'offre en santé sur le territoire, et inclut des enjeux de méthode et de processus pour la mise en œuvre des orientations :

- La prévention et l'éducation précoce, la dynamisation de la promotion de la santé ;
- L'accompagnement des personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits ;
- La mobilisation renforcée sur la santé mentale ;
- La fluidification des parcours pour mieux accompagner les usagers ;
- L'évolution de l'offre de santé en adéquation aux besoins ;
- La planification des activités de soins ;
- L'animation, la territorialisation et l'évaluation du PRS.

Ces axes sont déclinés en 60 fiches-actions. Pour augmenter la valeur opérationnelle du SRS, chaque partie présente également le contexte et la problématique liés à la thématique, les objectifs propres à celle-ci, les indicateurs de suivi à alimenter pour permettre l'analyse des résultats obtenus, et les partenariats territoriaux à activer pour la mise en œuvre concrète du SRS. Les autres axes avec lesquels la thématique entre en résonance sont également explicités, dans une logique de transversalité.

### 2.1.2 Le PRAPS, instrument de la lutte contre les inégalités de santé

Le *programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* (PRAPS) est conçu spécifiquement dans l'intention de mettre en œuvre une action concrète et efficace pour faire reculer les inégalités de santé. Le parti pris du PRAPS consiste à considérer que ces inégalités de santé, tant en termes d'accès qu'en terme d'exposition accrue à des facteurs de risque, sont imputables en grande partie à des causes comme la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale. À l'image du PRS, le PRAPS Bourgogne-Franche-Comté entend rassembler les points de vue de l'ensemble des acteurs territoriaux dont les activités concernent la santé et les inégalités socio-économiques. Il s'appuie ainsi sur les différentes politiques publiques en la matière (plan de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales, politique de la Ville...) pour garantir transversalité, cohérence et efficacité.

Les résultats des évaluations des précédents PRS ont nourri l'élaboration du document. Il promeut le maintien des logiques de prévention, d'accès aux soins et de continuité des soins dans un environnement favorable. En parallèle, certains points, comme l'harmonisation des actions, la coordination entre les secteurs, l'évaluation, l'homogénéité des pratiques ont été considérés comme à intégrer et/ou à renforcer.

Le PRAPS suit une ligne de conduite déclinée en trois principes majeurs : 1) la conception d'une stratégie partagée par l'ensemble des acteurs concernés, pour garantir la complémentarité et la cohérence de l'action ; 2) l'intégration de la parole des usagers ; 3) la priorisation d'actions à mettre en

place pour répondre efficacement aux besoins des personnes les plus vulnérables, dans une approche globale de la santé. De manière opérationnelle, il se décline en 7 fiches actions :

- Place des usagers en tant qu'acteurs de leur santé ;
- Accessibilité et appropriation de l'information ;
- Mobilisation pour une approche globale de la santé des personnes en situation de précarité ;
- Accessibilité et appropriation des droits à la santé ;
- Adaptation et personnalisation de l'accompagnement vers la santé ;
- Optimisation de la prise en charge médico-sociale et organisation des relais de transition vers le droit commun ;
- Observation et analyse du parcours de santé des personnes en situation de précarité.

Le SRS et le PRAPS, définis pour une période de 5 ans, doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une révision en vue de la poursuite du PRS. Le présent document constitue la restitution des travaux menés au cours de cette évaluation.

## 2.2 L'évaluation du PRS

L'évaluation du PRS lancée par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté s'inscrit dans un contexte réglementaire encadré par l'article R1434-1 du Code de la santé publique, qui stipule que « *[Le projet régional de santé] est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé* ».

Le SRS et le PRAPS de Bourgogne-Franche-Comté font ainsi l'objet d'une révision à échéance. Celle-ci est nourrie par un ensemble de travaux (bilan, retour d'expérience, évaluation, études), qui ont été menés selon différentes temporalités durant la phase de mise en œuvre du PRS.



## 3. Méthodes

---

### 3.1 Enjeux et principes

#### Complexité de l'objet évalué

L'évaluation d'un PRS constitue un défi du fait de la nature *complexe* de cet objet. Positionné à un niveau fortement stratégique et construit de façon très intégrative, un PRS englobe de façon large les objectifs de politique de santé régionaux. Il se décline en multiples actions dont la cohérence et les effets d'ensemble doivent répondre à ces objectifs. Ces actions ne sont jamais conduites isolément, mais dans le cadre de partenariats entre acteurs, dans un contexte donné. Certaines constituent principalement la déclinaison de la politique nationale et ne relèvent pas seulement de choix régionaux. En outre, que ce soit à l'échelle nationale ou régionale, le fonctionnement du système de santé et l'état de santé de la population évoluent sous l'influence d'autres phénomènes que la seule politique publique. Par conséquent, les effets attendus d'un PRS sont de nature multifactorielle, il est difficile d'identifier la contribution propre de la politique régionale à leur manifestation, autrement dit d'objectiver l'*imputabilité* de ces effets au PRS.

#### Chemin parcouru et restant à parcourir dans la mise en œuvre du PRS

Par ailleurs, l'inscription des PRS dans une temporalité longue rend difficile le positionnement de l'évaluation dans ce calendrier : trop proche, celle-ci ne permet pas d'objectiver les impacts, mais trop éloignée, elle ne contribue pas utilement à la révision de la stratégie. Ici, en l'occurrence, c'est en vue de faire correspondre le temps de l'évaluation avec celui de l'élaboration du SRS et du PRAPS, et de faire de la démarche une source d'information utile à leur révision, que l'évaluation a été lancée 1 an avant l'échéance de 5 ans (2018-2023).

Du point de vue du raisonnement évaluatif, il s'agit d'appréhender différentes contraintes de temporalité. Même si les objectifs posés par le SRS et le PRAPS s'inscrivent dans une transformation de long terme du système de santé, la mise en œuvre de certains dispositifs connaît son propre calendrier : portage défini dans des documents formalisés après la validation du PRS (réforme *Ma Santé 2022*), montée en charge après l'année 2018... À cela s'ajoute le contexte spécifique de pandémie qui a très largement occupé les agents des ARS ainsi que l'ensemble des acteurs du système de santé depuis 2020 et a conduit à ralentir la mise en œuvre de certaines actions.

Dès lors, même si l'évaluation est arrivée en fin de période de planification et que la temporalité de 4 ans de mise en œuvre paraît relativement longue, l'évaluation s'est attachée à analyser, outre les effets effectivement observables, les effets qui pouvaient raisonnablement être considérés comme en cours d'atteinte. L'enjeu n'a donc pas été d'apporter un jugement binaire sur l'atteinte des objectifs poursuivis, mais bien de comprendre le chemin *parcouru et restant à parcourir* dans le cadre de la deuxième période de programmation du PRS.

#### Partis pris méthodologiques

Face aux difficultés mentionnées, le choix a été fait de fonder la démarche d'évaluation sur les partis pris méthodologiques suivants :

- **Évaluation fondée sur la théorie** : une analyse de la *logique d'action* de chaque intervention est réalisée. Concrètement, on s'attache à comprendre la chaîne supposée de relations de causes à effets reliant les réalisations (le fruit des actions concrètes mises en œuvre) et les effets attendus des dispositifs évalués, avant de planifier les investigations.

- **Évaluation sélective** : le choix a été fait de ne pas étudier l'ensemble des actions prévues par le PRS, mais de cibler l'attention sur un périmètre restreint d'actions à forts enjeux, qui ont pu être mises en œuvre, et venant illustrer le travail réalisé sur chacune des priorités du PRS. Ce choix a ainsi conduit à laisser de côté, nécessairement, d'autres actions et enjeux pour la région, en optant pour une approche pragmatique. En effet, sauf à disposer de plusieurs années de travail et de ressources très importantes, il semblait impossible d'analyser l'ensemble des dispositifs et actions qui incarnent la mise en œuvre du PRS. De plus, même s'ils illustrent plus spécifiquement un axe du SRS ou une priorité du PRS, les dispositifs retenus dans l'évaluation ont pu contribuer à la réussite de plusieurs axes transversaux. Leur analyse a par conséquent été pensée de manière décloisonnée.
- **Évaluation qualitative** : la démarche évaluative s'est appuyée sur un recueil de données qualitatives, permettant de s'intéresser à la perception des acteurs sur les forces et les faiblesses des interventions menées et des perspectives pour la suite. Le travail ne visait donc pas à mesurer quantitativement des impacts, mais à comprendre les leviers de réussite et les enjeux à travailler dans la deuxième période de programmation du PRS. La phase de collecte a donc reposé principalement sur des entretiens qualitatifs, des réunions de travail ou des focus groupes, et n'a pas donné lieu à la constitution *ad hoc* de données quantitatives. Toutefois, des données chiffrées ont pu être mises à disposition par l'ARS et ses partenaires, elles ont ainsi été intégrées dans l'analyse.

## 3.2 Périmètre de l'évaluation

Le périmètre de l'évaluation a été défini pour choisir un dispositif ou une démarche à évaluer pour chaque *priorité* du PRS (deux pour l'axe autonomie / inclusion). Le croisement entre les priorités du PRS et l'architecture du SRS et du PRAPS met en évidence qu'un même dispositif peut contribuer à plusieurs axes, même si son déploiement est formellement décrit dans une partie spécifique des documents. Par souci de lisibilité, l'évaluation s'est attachée à adopter comme approche principale l'entrée par priorité du PRS. Au total, 9 dispositifs ont été retenus par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté pour la réalisation de monographies régionales, destinées à couvrir l'ensemble des priorités identifiées. Pour chacun des dispositifs, des éléments descriptifs du contexte de déploiement et des éléments de bilan, issus de l'analyse documentaire et des entretiens, ont été formalisés. Ces derniers sont présents en annexe du rapport d'évaluation.

Le tableau ci-après met en évidence le positionnement des dispositifs retenus pour l'évaluation au regard des différentes priorités du PRS. Les cases en bleu font apparaître l'entrée principale pour laquelle le dispositif a été choisi<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ex : le dispositif PASS a été retenu au titre de la priorité « prévention ». Pour autant, le dispositif est formellement inscrit, dans le SRS, dans l'axe dédié au cœur du parcours « nutrition santé ». De plus, au regard des publics ciblés le dispositif contribue à différents parcours de santé.

		Priorités du PRS									
		Prévention	Autonomie et inclusion PH	PA	Accès aux soins territoires fragiles	Accès soins urgents	Santé mentale	E-santé	Parcours	PRAPS	Territorialisation
Dispositifs évalués	Réseau sport-santé : PASS	★★		★					★★ Nutrition santé ★ Tous les parcours, en transversal		
	Inclusion scolaire		★★						★★ Parcours handicap ★ Développement de l'enfant		
	Expertise gériatrique	★		★★			★	★	★★ Parcours personnes âgées		★
	CPTS	★		★	★★	★	★	★	★		★★
	TSU					★★			★ Parcours à enjeux		
	PTSM	★	★	★			★★		★★ Parcours santé mentale ★ Parcours handicap + addictions + précarité		★★
	EPP	★					★		★★ Maternité parentalité ★ Développement de l'enfant		
	LHSS		★						★★	★★	
	eTICSS	★★		★★					★★ Nutrition santé , diabète, personnes âgées		★

### 3.3 Travaux réalisés et calendrier

La méthode initiale d'évaluation prévoyait un déroulement en plusieurs étapes, correspondant à une logique d'entonnoir, du plus stratégique (cadrage) au plus opérationnel et détaillé (approfondissement).

Toutefois, le lancement de la démarche a conduit à l'ajustement de cette organisation. L'étape de mise à plat (entretiens avec les pilotes, analyse documentaire) a ainsi été avancée et le démarrage des travaux de cadrage et de collecte pour quelques dispositifs a également été retardé.

Par ailleurs, le déploiement de la collecte de données auprès des acteurs de terrain a été lancé dès les mois d'avril et mai, en se poursuivant jusqu'à la fin août, du fait de la disponibilité des acteurs dans le courant de l'été. L'ensemble des travaux de recueil de données ont été menés en parallèle, sur les différents volets, et selon la disponibilité des acteurs.

L'ensemble du matériau collecté a ensuite été analysé, croisé et rédigé en fin de phase de collecte.

#### 3.3.1 Cadrage

Les travaux menés en phase de cadrage ont permis de formaliser la note de cadrage de l'évaluation.

##### Auditions exploratoires

À l'issue de la réunion de lancement entre l'équipe évaluatrice et l'ARS, des entretiens ont été menés avec des collaborateurs de l'ARS et avec le président de la *conférence régionale de la santé et de l'autonomie* (CRSA), afin de :

- Recueillir leurs points de vue sur les enjeux à prendre en compte dans le cadre de l'évaluation ;
- Comprendre leurs attentes vis-à-vis de l'évaluation, les orientations et les marges de manœuvre identifiées pour la révision du SRS et du PRAPS ;
- Approfondir la compréhension des dispositifs à analyser et les questions devant nourrir leur analyse ;
- Recueillir les premiers résultats perçus par les acteurs sur les différents dispositifs pressentis (forces, faiblesses, hypothèses à valider ou à approfondir...) ;
- Identifier les acteurs à rencontrer dans la suite de l'évaluation, les territoires à cibler, les sources documentaires à collecter...

Ces entretiens ont été menés avec les professionnels disposant d'une vision stratégique et transversale sur le PRS et ses différents axes (directeurs, responsables), ainsi qu'avec les pilotes des dispositifs identifiés. En complément, les présidents et vice-présidents de la CRSA et de ses commissions spécialisées ont également été interrogés à l'occasion de la phase de cadrage.

Au total, ce sont 17 entretiens qui ont été réalisés, associant plus de 30 interlocuteurs (certaines personnes ont pu être interrogées à plusieurs reprises).

##### Analyse documentaire

En complément, les documents mis à disposition par l'ARS ont été analysés. Au-delà du COS, du SRS et du PRAPS, un corpus documentaire d'une centaine de documents a pu être consulté. Il était composé de :

- Notes de service et de documents de travail internes portant sur l'application de la stratégie régionale et ses différents axes ;
- Documents issus de travaux associatifs et institutionnels (rapports d'activité et diagnostics régionaux) ;

- Documents à destination du grand public (synthèses de projets, communiqués de presse) ;
- Documents réglementaires (circulaires, décrets, textes de loi) ;
- Documents contractuels (conventions, cahiers des charges, contrats pluriannuels et appels à projets).

L'analyse documentaire a permis :

- D'affiner le positionnement des dispositifs ciblés dans les différentes orientations du PRS en particulier pour les dispositifs contribuant à plusieurs axes, ainsi que leur périmètre et les enjeux qu'ils recouvrent ;
- De rassembler des informations sur leur mise en œuvre, les premiers résultats au regard des indicateurs du PRS, des bilans et évaluations menées ;
- Préparer la mise en œuvre de l'évaluation en identifiant les acteurs à rencontrer dans l'évaluation, les territoires sur lesquels cibler l'analyse et plus généralement capitaliser les premiers enseignements disponibles sur les forces et faiblesses de chacun des dispositifs.

La constitution de ce corpus a été poursuivie tout au long la phase suivante de l'évaluation.

### 3.3.2 Collecte et analyse

La phase de collecte et d'analyse a reposé sur l'approfondissement de l'analyse documentaire, et la réalisation d'un certain nombre d'entretiens pouvant porter spécifiquement sur un dispositif ou relevant d'une dimension plus transversale.

#### Analyse documentaire approfondie

L'analyse documentaire a été poursuivie au fil du recueil de nouveaux documents par l'ARS ou les interlocuteurs rencontrés. Elle a été plus spécifiquement axée sur les dispositifs ciblés et a visé prioritairement à alimenter la réflexion sur les effets produits par les dispositifs ou leur évolution. La présentation des dispositifs ayant fait l'objet des monographies constitue le socle de cette analyse.

#### Auditions et collecte

Les modalités de collecte ont été adaptées pour chaque dispositif analysé et sont présentées en annexe du présent rapport.

Le dimensionnement général était d'environ de 2 à 3 entretiens institutionnels par dispositif, suivis d'environ une dizaine d'entretiens individuels avec des acteurs concernés (ou 3 à 4 entretiens collectifs, selon la complexité). Chaque volet a donné lieu à la rédaction d'une synthèse analytique sur le dispositif.

Le recueil de données par dispositif a permis d'interroger les décideurs (en particulier les délégations départementales pour les dispositifs territorialisés), les opérateurs (en charge ou au cœur de la mise en œuvre) et dans la mesure du possible les bénéficiaires des dispositifs. La liste des personnes à rencontrer a été élaborée sur proposition de l'équipe d'évaluation et mis en discussion avec les pilotes des dispositifs évalués et les membres du comité de pilotage de l'évaluation.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou en distanciel en fonction de la préférence des personnes et de la compatibilité avec le calendrier de l'étude. Ils se sont déroulés sur une durée variable en fonction de l'interlocuteur et des points à aborder (entre 45 minutes et 1h30).

Enfin, une restitution auprès des commissions spécialisées de la CRSA a été organisée pour présenter les premiers enseignements et recueillir le point de vue des membres sur les dispositifs mis en œuvre, mettre en discussion les résultats et penser les perspectives.

La liste complète des acteurs qui ont été rencontrés pour chaque volet est détaillé pour chacun des dispositifs analysés dans les parties 4 à 12 du présent rapport.

Les entretiens ont permis de rencontrer les acteurs dans l'ensemble des territoires de la région, selon une logique de sélectivité. La répartition des territoires est présentée dans le tableau ci-après.

	Côte-d'Or (21)	Doubs (25)	Jura (39)	Nièvre (58)	Haute-Saône (70)	Saône-et-Loire (71)	Yonne (89)	Nord Franche-Comté
RSS / PASS	Approche régionale							
Inclusion scolaire	X	X				X		
Expertise géronto		X	X				X	
CPTS	X	X	X	X	X		X	
TSU				X			X	X
PTSM		X		X				X
EPP	Approche régionale							
LHSS	X		X		X			
E-TICSS	X	X			X			

### Analyse des données collectées

Les résultats avancés par l'évaluation fondent leur robustesse sur deux principes : 1) une collecte organisée autour de questions évaluatives, critères de jugement, indicateurs et seuils de succès définis en amont et formalisés dans des référentiels d'évaluation, définis pour chacun des dispositifs étudiés, en lien avec les directions métiers de l'ARS et le comité de pilotage (en annexe) 2) le croisement aussi systématique que possible de sources de données distinctes, récoltées à travers différents canaux (*triangulation* des données) ou selon différents points de vue de parties prenantes (principe contradictoire).

### 3.3.3 Analyse transversale et recommandations

Suite aux travaux réalisés dans le cadre de chacune des monographies par dispositif, un travail d'analyse transversale a été réalisé afin de permettre une montée en généralité et la formalisation de préconisations pour envisager la nouvelle programmation.

## 3.4 Pilotage

L'ensemble des travaux d'évaluation a été réalisé en lien avec le comité de pilotage, structuré au sein de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, en charge du suivi de l'évaluation du PRS. Ce comité de pilotage, rassemblant des représentants de la direction générale, de la direction de l'innovation et de la stratégie et de la CRSA, s'est réuni à intervalles réguliers à chaque étape-clé des travaux. Ces temps de réunions ont été complétés par des réunions hebdomadaires et des échanges réguliers avec les représentants du comité de pilotage, en formation plus restreinte.

Le comité de pilotage s'est ainsi réuni à 6 reprises, selon le calendrier suivant :

- **Réunion de lancement** (10 janvier 2022) : rencontre, validation du calendrier prévisionnel et des modalités de travail, organisation des premières étapes ;
- **COPIL n° 1** (15 mai 2022) : présentation et validation du référentiel d'évaluation ;
- **COPIL n° 2, parties 1 et 2** (16 et 29 septembre 2022) : présentation et échanges sur les résultats de chaque monographie ;
- **COPIL n° 3** (15 novembre 2022) : présentation et échanges sur les enseignements transversaux et les recommandations.

Des échanges plus ponctuels ont également été organisés avec les directions thématiques pour aborder des points spécifiques. Ces dernières ont ainsi été consultées à chaque étape de la collecte et de la formalisation des monographies.

Enfin, les enseignements issus de la collecte sur chacun des dispositifs ont également été présentés lors d'une réunion de la CRSA plénière ainsi que lors des réunions de ses commissions spécialisées, organisées entre septembre et octobre 2022.

## 4. Parcours d'Accompagnement Sportif pour la Santé (PASS)

---

### 4.1 Questionnement et méthode pour l'évaluation

Les entretiens de cadrage avec les pilotes des dispositifs Sport-Santé de l'ARS ont permis d'identifier cinq questions évaluatives principales pour ce volet du Sport Santé. Celles-ci portent sur la mise en œuvre du PASS, les résultats obtenus, et enfin sur l'appropriation du PRS par les partenaires (cet enjeu est transversal aux différents volets de l'évaluation) :

- Comment le PASS est-il mobilisé / utilisé par les acteurs dans les différents territoires ? Dans quelle mesure le mobilisent-ils ? Quels sont les facteurs facilitants ou les difficultés rencontrées ?
- Qui sont les utilisateurs du PASS ? Ce public est-il en adéquation avec le public ciblé ?
- Dans quelle mesure le PASS a-t-il permis d'inscrire une pratique d'activité physique dans le temps pour les adultes ? Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? Quelle est la valeur ajoutée du dispositif pour les bénéficiaires ?
- En quoi l'offre PASS est-elle complémentaire et s'articule-t-elle de manière cohérente aux autres dispositifs de sport-santé dans le territoire (ex : maisons sport-santé, REPOPOP) ?
- Les partenaires de l'ARS mobilisés pour le sport adapté et le PASS connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?

Pour répondre à ces questions, 13 personnes ont été rencontrées dans le cadre d'entretiens individuels :

- 3 entretiens avec les acteurs institutionnel et responsable du Réseau Sport Santé ;
- 3 entretiens avec des structures proposant de l'APA et des Maisons Sport Santé (MSS) ;
- 3 entretiens avec des médecins et 1 avec une infirmière ;
- 3 entretiens avec des bénéficiaires du PASS.

Enfin, les échanges avec les acteurs ont été complétés par une analyse de la documentation mise à la disposition de l'équipe.

### 4.2 Enseignements généraux sur le dispositif

#### 4.2.1 Une amélioration du maillage de la région et une offre qui touche le bon public

##### Un étoffement de l'offre d'activité physique adaptée sur l'ensemble du territoire

D'abord créé en Franche-Comté en 2007 afin de réunir les professionnels du sport santé, le RSS s'étend depuis 2016 à l'ensemble du territoire, dans le cadre du PRS. Dans ce cadre, le PASS est né en 2010, d'une réflexion entre le réseau et les professionnels de terrain pour proposer une offre d'APA permettant aux malades chroniques de reprendre une activité. La fusion des régions Bourgogne et



Franche-Comté en 2016 a alors induit une augmentation du périmètre d'action RSS, posant ainsi un nouvel objectif, celui d'étendre l'offre à l'ensemble du territoire.

Le développement de l'offre PASS s'est donc établi en deux temps, avec un travail de rattrapage en Bourgogne afin de développer l'offre sur ses départements. Le nombre de structures conventionnées en Bourgogne et en Franche-Comté est relativement équilibré, avec 46 % de structures situées dans la première et 54 % dans la seconde.

En 2021, 111 structures étaient conventionnées PASS en Bourgogne-Franche-Comté (contre 95 en 2020)<sup>2</sup>. La majorité des structures conventionnées sont des clubs affiliés<sup>3</sup> (58 %) ou des associations sportives (16 %). Dans une moindre mesure, les créneaux PASS sont aussi portés par des collectivités (7 %), comités départementaux (8 %), cabinets de kinésithérapie (6 %), associations de patients (2 %), ligues sportives (1 %), thermes (1 %) et psychomotriciens (1 %). Au regard des structures conventionnées, l'offre PASS proposée est appropriée pour des profils aux limitations fonctionnelles légères à modérées.

L'offre propose plus d'une trentaine de pratiques sportives différentes<sup>4</sup>, adaptées aux besoins et aux aptitudes des usagers, ainsi que différents créneaux horaires. Les offres de sports les plus proposées sont la gymnastique (30 % de l'offre environ), la marche (20 % environ), les activités en piscine (natation et aquagym 9 %) et le Pilate (8 %). Ces structures conventionnées ont permis la réservation de 443 créneaux PASS en 2021 (388 en 2020).

Le PASS mobilise également 189 professionnels du sport en 2021. Parmi eux, 60 % sont dotés d'un brevet professionnel ou d'un brevet d'état dans le domaine de l'éducation sportive et 30 % sont des éducateurs sportifs disposant d'une licence APA.

Quant à la plateforme EsPASS, elle témoigne aussi d'un développement important entre 2020 et 2021, le nombre de visites étant passé de 5268 à 11 556 visites différentes entre ces 2 années.

La région a donc la capacité de proposer une offre large de créneaux, de sports et de professionnels au service du sport adapté sur l'ensemble du territoire.

Le développement de l'offre sur la région est généralement jugé positivement par les personnes interrogées. Néanmoins, ceux-ci notent une offre inégalement répartie entre les départements et moindre dans le milieu rural.

### Une répartition inégale de l'offre dans les départements

Le développement de l'offre PASS, malgré une progression certaine, est inégal sur la région. Si le nombre de structures conventionnées entre la Bourgogne et la Franche-Comté est relativement équivalent, on remarque que la proportion de créneaux est supérieure en Franche-Comté (63 % de l'offre, soit 279 créneaux) à celle de la Bourgogne (37 % de l'offre soit 164)<sup>5</sup>.

Plus précisément, par territoire, la majorité de l'offre d'APA est déployée dans le Doubs (plus 1/3 de l'offre), suivi par la Saône-et-Loire et le Jura (les deux départements représentent 1/3 de l'offre à eux

---

<sup>2</sup> Données du bilan 2021 du RSS

<sup>3</sup> Association sportive qui a en plus obtenu une affiliation à une fédération sportive

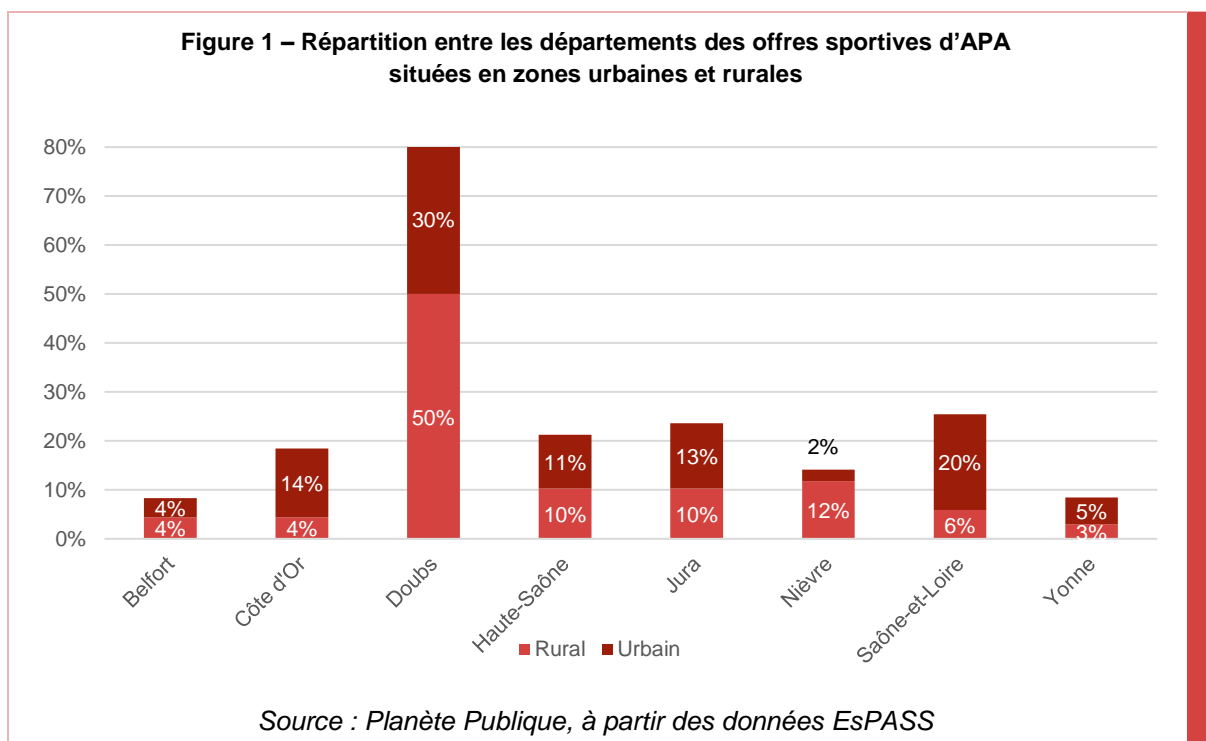
<sup>4</sup> Aquagym, Aviron, Canoë kayak, Cyclisme, Dragon boat, Escalade, Escrime, Fitness, Golf, Gymnastique, Marche/randonnée, Handfit, Judo, Lutte, Natation, Padel, Parcours équilibre mémoire, Pilate, Renforcement musculaire, Stretching, Taï chi chuan, Taï So, Tennis, Tennis de table, Tir à l'arc, Zumba etc.

<sup>5</sup> Sur la base des données de l'ARS

deux). En revanche, une offre moindre est observée sur les territoires de Belfort, de l'Yonne et de la Nièvre (qui chacun représente moins de 5 % de l'offre sportive sur le territoire) en comparaison aux autres départements. À ce jour, l'offre dans le département de la Nièvre est encore sous-développée en raison d'un manque de prescripteurs et de compétences sport-santé au sein des structures sportives. Pourtant, l'état de santé de la population dans la Nièvre ainsi que dans l'Yonne, est davantage dégradé et l'on y observe une prévalence plus importante des cancers et des principales maladies chroniques<sup>6</sup>.

On observe aussi une répartition de l'offre d'APA intra-territoriale hétérogène. Le déploiement de l'offre a été plus aisé dans les unités urbaines dans un premier temps. La priorité est actuellement de déployer davantage de créneaux en milieu rural afin de pallier une offre de créneaux considérée comme encore trop éparpillée par les acteurs interrogés. Néanmoins, une progression importante du nombre de créneaux en milieu rural ces dernières années est à noter.

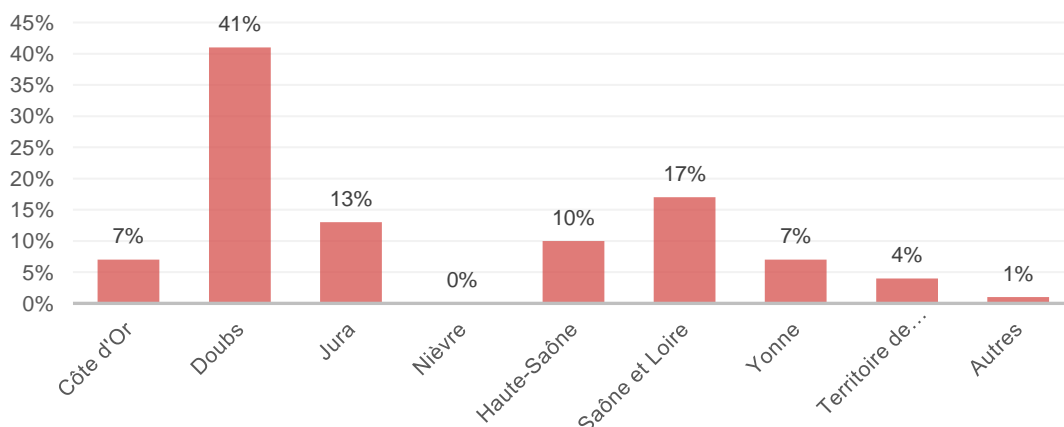
Ainsi, une plus grande proportion d'APA est proposée en zone urbaine (65 %) qu'en zone rurale (35 %), mais cette proportion varie entre les départements. Cette répartition s'explique notamment par une demande plus importante dans les zones urbaines due à la densité de population. Néanmoins, il est intéressant de noter ces disparités, l'absence de créneaux de proximité étant identifiée comme un frein à la pratique par les acteurs interrogés. Ici encore, le Doubs est le mieux doté, avec une répartition homogène de la couverture des unités rurales et urbaines sur ce département.



Cette répartition de l'offre se répercute sur l'accès au PASS et donc la répartition des bénéficiaires par département. Les personnes accompagnées sont principalement situées dans le Doubs (41 %), aucun bénéficiaire du PASS n'est présent dans la Nièvre. Il est intéressant de noter le faible pourcentage de bénéficiaires du PASS en Côte d'Or, notamment au regard de sa population le département étant le deuxième plus peuplé de la région après la Saône et Loire.

<sup>6</sup> [Données Bourgogne-Franche-Comté \(sante.fr\)](http://Données Bourgogne-Franche-Comté (sante.fr))

**Figure 2 – Répartition des bénéficiaires PASS par département (2021)**



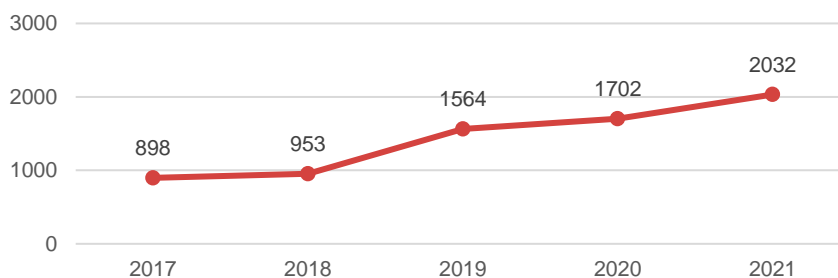
Source : Données de bilan du RSS

Afin de mettre en perspective ces résultats, Il est important de noter que de nouveaux créneaux devraient ouvrir en septembre 2022, afin de compléter l'offre sur le territoire.

### Un dispositif qui cible bien son public

Suite au déploiement du Réseau Sport Santé sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté, le nombre de personnes accompagnées a augmenté de manière significative : entre 2017 et 2021, ce nombre a plus que doublé, passant de 898 à 2032 personnes accompagnées dans la reprise d'une activité physique et sportive adaptée (126 % d'augmentation en 5 ans).

**Figure 3 – Nombre de personnes accompagnées par le dispositif PASS en BFC**



Source : Planète Publique, à partir des données de bilan du RSS

En 2021, les bénéficiaires accompagnés par le PASS étaient en majorité des femmes (83 %) ne pratiquant pas ou peu d'activité sportive, avec une moyenne d'âge de 63 ans.

Selon une étude menée par l'INJEP<sup>7</sup>, les personnes ne pratiquant pas d'activité physique déclarent également un niveau d'étude moyen inférieur (80 % des non-pratiquants et 59 % des peu pratiquants n'ont pas le bac contre 47 % des autres pratiquants), des difficultés financières plus importantes, ainsi

<sup>7</sup> Brice Lefèvre, Valérie Raffin (2020), *Les freins à la pratique des Français peu ou non sportifs : des situations hétérogènes*, INJEP Analyses & synthèses.

qu'un état de santé auto-déclaré plus mauvais que la moyenne de l'échantillon. De plus, les répondants déclarant pratiquer le moins d'activité physique sont en moyenne plus nombreux à être en surpoids.

Le dispositif PASS s'adresse bien à ce public très éloigné du sport sur la région et cible plus précisément les personnes de plus de 18 ans atteintes de pathologies chroniques (surpoids-obésité, diabète, pathologies cardio-vasculaires, pulmonaires, cancers), d'affections de longue durée (ALD) ou en perte d'autonomie. Les entretiens réalisés avec les bénéficiaires ainsi qu'avec les professionnels de santé confirment le ciblage et sa pertinence pour répondre aux besoins sur le territoire. Les pathologies évoquées lors des entretiens sont des ALD, diabète, lombalgies, cancers, obésité, problèmes cardiaques, post AVC et dans une moindre mesure, la fibromyalgie ou encore les problèmes rhumatologiques. Les médecins notent aussi l'importance de la reprise d'activité physique pour le bien-être mental des patients ainsi que le rôle social du sport. Ici encore, les pathologies dont sont atteints les bénéficiaires sont en adéquation avec le public ciblé par le dispositif ainsi qu'avec les pratiques en termes de prescription d'APA en France.

En effet, l'APA s'adresse avant tout aux patients atteints d'affection de longue durée, nécessitant des soins continus d'une durée supérieure à 6 mois. En 2021, l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) a réalisé une enquête sur les bénéficiaires de créneaux d'activité physique adaptée<sup>8</sup>. Les résultats de cette enquête détaillent les pathologies et situations des personnes prises en charge dans des dispositifs d'APA. Ces dispositifs s'adressent majoritairement à des personnes en ALD (83 %), obèses ou en surpoids (73 %), sédentaires et/ou physiquement inactives (51 %) et atteintes d'autres pathologies hors ALD et/ou de facteurs de risque cardiovasculaire (45 %). Ces dispositifs sont aussi orientés vers des personnes âgées ou isolées, en situation de précarité et dans une moindre mesure à des personnes en situation de handicap.

Ainsi, les profils des bénéficiaires du PASS, d'après les données disponibles et les entretiens réalisés, correspondent bien aux profils ciblés par le dispositif ainsi qu'au profil type des bénéficiaires de créneaux d'APA au niveau national. Le dispositif apporte donc un élément de réponse à la gestion des maladies chroniques qui gagnent du terrain en Bourgogne-Franche-Comté (notamment cancers et les maladies cardiovasculaires) et affections de longue durée (ALD).

#### **4.2.2 Une mobilisation inégale des acteurs et des points de blocages dans le parcours**

La mise en œuvre du dispositif PASS nécessite la coordination d'un nombre important d'acteurs sur le territoire afin de permettre l'identification des personnes pouvant bénéficier d'une pratique adaptée, l'évaluation des capacités physiques, la prescription, l'orientation vers le RSS et un créneau pour l'inscription des bénéficiaires dans une pratique adaptée qui se poursuit dans la durée.

---

<sup>8</sup> Marc Charles, Benjamin Larras, Jacques Bigot, Corinne Praznocz (2019), *L'activité physique sur prescription en France : Etat des lieux en 2019, Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance*. Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité.

**Figure 4 – Acteurs du dispositif et rôles joués à chaque étape**



Source : Cahier des charges du PASS BFC

La présente étude de cas, grâce aux échanges avec les divers acteurs du dispositif, met en évidence des freins/points de blocage ainsi que des leviers potentiels à plusieurs échelles dans ce « parcours ».

### L'étape de la prescription comme frein potentiel à l'accès au dispositif

Comme le montre le schéma ci-dessus, les médecins traitants sont le point d'entrée du PASS, permettant une prescription d'APA et une orientation vers le RSS. Cette première étape constitue parfois un premier élément de blocage du dispositif PASS. En effet, la mobilisation des médecins autour de ce dispositif n'est pas aisée. Sur l'ensemble de la région, 697 professionnels ont prescrit de l'APA dans le cadre du PASS (en majorité des médecins traitants et ¼ de médecins spécialistes qui sont surtout des cardiologues, oncologues et diabétologues), soit une moyenne de moins de 3 patients orientés vers le PASS avec succès. Néanmoins l'étude de la répartition de ces professionnels de santé prescripteurs montre une mobilisation plus élevée dans deux départements, avec la moitié des prescripteurs situés dans le Doubs (35 %) et la Saône-et-Loire (15 %). La majorité des bénéficiaires sont donc situés dans ces deux départements (Figure 2). La mobilisation des médecins pour prescrire de l'APA est donc très inégale sur la région.

Les freins à la mobilisation des médecins traitants sont nombreux, malgré un important travail d'information du RSS ces dernières années. Il s'agit notamment d'un manque de temps de ces professionnels face aux besoins de santé urgents et immédiats (particulièrement dans le contexte du Covid où les professionnels de santé ont été mobilisés pour répondre à la crise sanitaire) et donc un temps limité à accorder à la prévention. De plus, la Bourgogne-Franche-Comté est en manque de professionnels de santé avec une densité de médecins généralistes de 9,6 médecins pour 10 000 habitants contre 10,5 en France métropolitaine en 2018<sup>9</sup>. S'ajoute à ce premier frein une possible méconnaissance des dispositifs d'APA, du RSS et du PASS.

Les bénéficiaires interrogés ont fait l'expérience de médecins ayant une connaissance limitée du dispositif et ont même fait remplir le certificat d'APA à leur médecin traitant. Un bénéficiaire a également témoigné de la réticence de son médecin traitant à prescrire de l'activité physique adaptée. Les bénéficiaires interrogés ont tous connu le RSS de différentes manières, non via leur médecin traitant, mais grâce aux recommandations d'une connaissance, à travers un courrier du médecin du Régime Social des Indépendants, ou encore grâce à un oncologue. Les échanges avec les acteurs et bénéficiaires du PASS ainsi que les données disponibles pointent une dynamique de prescription centrée autour d'un noyau réduit de médecins prescripteurs fortement mobilisés sur cette thématique

<sup>9</sup> [Données Bourgogne-Franche-Comté \(sante.fr\)](https://donnees.bourgeois-franche-comte.fr/sante/fr)

et qui se saisit de ce dispositif, et d'une majorité de prescripteurs peu mobilisés (avec 1 à 2 prescriptions).

Néanmoins, des actions de communication du RSS ces dernières années ont permis d'accroître la mobilisation des médecins autour de la prescription d'APA. Une fois les médecins bien informés et sensibilisés à l'APA, les acteurs du réseau notent un accroissement des prescriptions et une mobilisation rapide. Les entretiens avec les médecins prescripteurs confirment cette mobilisation lorsque les médecins sont sensibilisés au sport-santé. Les professionnels de santé interrogés témoignent d'une prescription régulière (jusqu'à 3 fois par semaine) pour les patients réceptifs qui ne sont pas réfractaires à faire du Sport Santé, pour lesquels ils identifient un besoin d'activité physique mais un « danger » à la reprise d'une activité physique sans encadrement. La procédure à suivre pour la prescription a été jugée simple et claire.

### **Un travail important d'information et d'accompagnement vers l'APA : freins et leviers**

Les prescripteurs tout comme les acteurs du RSS s'accordent à dire que l'orientation et la prescription d'APA peuvent demander un temps important d'information auprès du patient. En effet, l'étape de la prescription, puis de l'orientation vers un créneau peut nécessiter plusieurs échanges et un travail pour motiver/convaincre les patients. Les freins à la pratique identifiés par les professionnels de santé et les bénéficiaires, sont nombreux :

- une difficulté à motiver les patients (par exemple : la peur du regard de l'autre ; la peur de la reprise du sport) ;
- Inadéquation entre les horaires proposées et les disponibilités des personnes (par exemple des horaires d'accès peu compatibles avec la vie professionnelle ou vie de famille) ;
- des freins liés à la mobilité en l'absence d'un créneau d'APA sur le secteur ;
- des freins liés à la contrainte financière.

Ces freins auto-déclarés sont en adéquation avec les freins évoqués dans l'étude de l'INJEP de 2020 : une santé fragile (26 %) ; des difficultés de sociabilité (21 %) comme la peur du regard des autres ou encore la difficulté à être accepté par les autres ; une addition de contraintes professionnelles, scolaires et familiales (20 %), qui concerne davantage les actifs de 30 à 49 ans ; un désintérêt pour le sport (20 %) ; et un coût et une inadéquation de l'offre sportives (13 %).

Les médecins rencontrés ont donc insisté sur la nécessité de sensibiliser les bénéficiaires (parfois à plusieurs reprises car un temps de réflexion est souvent nécessaire aux patients avant de s'engager dans la démarche de Sport Santé) pour lever les freins. Selon les retours des professionnels de santé, un patient sur quatre sensibilisés commence véritablement l'APA. Une professionnelle de santé interrogée utilise notamment les principes de l'entretien motivationnel pour rendre le patient acteur de son choix.

Les médecins sont donc le point d'entrée dans le dispositif et jouent un rôle en tant que prescripteur mais aussi pour lever les premiers freins à la pratique d'une activité physique (manque de confiance, manque de connaissance sur les sports adaptés à leur pathologie) et l'orientation vers le RSS. Ce temps d'information peut prendre plusieurs séances et constitue donc un frein potentiel à la prescription de l'APA, tous les médecins n'ayant pas le temps nécessaire.

Cependant, les entretiens avec les professionnels de santé et les acteurs du RSS ont mis en évidence un levier possible pour faciliter la prescription : le rôle des infirmières. Celles-ci peuvent en effet identifier des besoins en APA lorsqu'elles prodiguent des soins et ainsi accompagner les médecins pour réduire le temps nécessaire à la prescription. Notamment, elles jouent un rôle d'information en amont pour lever les freins à l'activité physique.

## **Le réseau comme levier pour assurer une bonne orientation, propice à une pratique physique qui s'inscrit dans le temps**

Le réseau prend ensuite le relais de la prise en charge des personnes souhaitant s'inscrire dans le dispositif. La prise de contact, initiée par les personnes, donne lieu à la tenue d'un entretien motivationnel (par téléphone) mené par une enseignante APA du réseau, formée en éducation thérapeutique. L'entretien individuel est obligatoire et vise à assurer l'éligibilité du patient ainsi qu'à aborder les limitations fonctionnelles, ses envies en termes d'activité physique, afin de bien l'orienter et d'adapter limitations des bénéficiaires et compétences des encadrants (les tests physiques réalisés par la suite permettent de compléter ce travail d'orientation). Il s'agit d'orienter la personne, mais aussi de lever les freins à l'activité physique.

L'entretien permet donc de mesurer le stade de motivation et de placer ensemble des jalons dans la reprise tout en respectant ses limites (le réseau prend le temps d'informer et peut même proposer une séance d'essai gratuite). Chaque personne rencontrée est donc accompagnée en fonction de sa motivation, ses envies, ses limites, afin d'assurer un niveau d'adéquation élevé entre celles-ci et la pratique proposée.

A l'issue de cet entretien, le bénéficiaire est inclus dans le programme PASS qui permet de lui proposer des activités encadrées par des professionnels formés. Cette activité peut se dérouler dans un club sportif (avec des éducateurs sportifs professionnels formés au sport-santé et des enseignants APA), une association (comme les maisons de quartier, les associations de patients, les associations sportives non affiliées à une fédération) ou en cabinet (par exemple avec un kinésithérapeute ou un psychomotricien). Une évaluation de la condition physique des personnes est assurée tous les trois mois par un encadrant, à travers une série de tests.

L'inclusion dans le dispositif est prévue pour une année complète, renouvelable si les besoins de la personne persistent vis-à-vis de l'activité physique encadrée. Une aide financière peut être attribuée aux personnes non pratiquantes pour diminuer le coût de leur cotisation. Cette aide est disponible sur 4 ans et décroissante. Le dispositif prévoit toutefois une participation obligatoire de la personne (pas de gratuité). Cette aide financière doit permettre de lever le frein financier pour l'inscription dans le PASS.

Le RSS assure donc une orientation adéquate ainsi qu'une qualité d'accompagnement des structures proposant de l'APA et le respect du code du sport et santé. Cet accompagnement ainsi que la vigilance du RSS dans le conventionnement des structures sont identifiés comme la plus-value du réseau et constituent un levier permettant d'assurer une reprise encadrée et adaptée qui s'inscrit dans le temps.

Néanmoins, l'évaluation met en évidence une limite potentielle à cette approche centralisée d'orientation via le RSS pour le développement futur de l'offre PASS en termes de moyens humains. Une dynamique continue de montée en charge du dispositif et donc du nombre de bénéficiaires, impliquera une augmentation du nombre de professionnels en charge des entretiens d'orientation des patients soit par recrutement supplémentaire au niveau du RSS ou par délégation de ces entretiens à certaines structures conventionnées.

## **Un accueil dans les structures de qualité et qui participe à inscrire la pratique dans le temps**

Le cahier des charges strict imposé par le RSS dans la sélection des structures d'APA intégrés au réseau permet d'assurer la qualité de l'enseignement sportif proposé. Les retours des bénéficiaires pointent un niveau de satisfaction élevé concernant les structures les ayant accueillis et la qualité de l'APA proposée. Les points saillants dans leurs PASS sont les suivants :

- un accompagnement adapté aux difficultés et aux objectifs personnels des bénéficiaires ;
- un nombre de participants restreint lors des séances de Sport Santé ;

- des exercices complémentaires à l'activité physique pratiquée, sur le souffle ou encore sur le cardio
- une solidarité entre les participants « *On progresse tous ensemble* », « *On n'est pas jugés* », qui se traduit notamment par une stabilité importante dans les groupes de participants au fil des années « *Notre groupe est resté identique* ».

La qualité des enseignements proposés et « l'effet de groupe » apparaissent donc comme de véritables leviers qui, en rendant l'expérience d'APA positive, permettent de motiver les participants à continuer.

### 4.2.3 Une reprise durable de l'activité physique permise par le PASS

#### Une inscription de la pratique dans le temps avec peu de ruptures, grâce au travail pour lever les freins en amont

A ce jour, il n'est pas possible de quantifier l'inscription de l'activité physique dans la durée permise par le dispositif RSS sur l'ensemble des bénéficiaires, en l'absence de données correspondantes, et d'un recul trop faible sur les créneaux déployés par le RSS. Une estimation a toutefois été avancée lors d'un entretien avec le RSS, confirmant que les ruptures de parcours sont minoritaires : environ 3 % des bénéficiaires du Réseau Sport Santé seulement rompraient leur accompagnement avant terme, 15 % des bénéficiaires environ n'ont pas renouvelé leur abonnement au Sport Santé, la principale raison avancée étant la crainte du COVID, ces personnes se sont en revanche réinscrites progressivement. Aucun des bénéficiaires interrogés n'a mentionné de difficultés rencontrées dans leur pratique, mis à part le COVID qui a décalé / freiné les séances pendant quelque temps. Les bénéficiaires notent d'ailleurs une dégradation de leur état lorsqu'ils ont été forcés d'interrompre leur pratique durant le COVID.

Cette inscription plutôt durable dans le dispositif s'explique notamment par la capacité des acteurs mobilisés (prescripteurs mais surtout RSS) à bien identifier les freins potentiels en amont. D'abord un travail d'information sur l'intérêt de l'APA afin de lever les craintes des patients, puis un travail d'orientation par le RSS sur les bons créneaux (en fonction des limitations physiques, de l'offre de proximité, des envies des patients, du coût, des horaires, etc.). Ainsi, le seul véritable frein identifié à la pratique est l'absence d'une offre de proximité permettant aux bénéficiaires de profiter d'un créneau d'APA au plus proche de leur domicile. La feuille de route 2022 du RSS projette l'ouverture de nouveaux créneaux PASS à visée thérapeutique sur l'ensemble de la région, notamment dans les territoires et départements non ou mal couverts.

Bien qu'il soit trop tôt pour observer les effets dans le temps, les entretiens réalisés avec des bénéficiaires témoignent d'un désir de poursuivre la pratique sportive débutée dans le cadre de leur accompagnement. De plus, deux bénéficiaires sur trois ont également mentionné une volonté de reprendre un autre sport.

#### Des apports positifs de l'APA qui ne se limitent pas à l'amélioration de leur santé physique

Les témoignages des bénéficiaires sur les apports de l'APA dénotent un niveau de satisfaction élevé vis-à-vis du Réseau Sport Santé. Le Sport Santé est perçu comme une source de motivation pour les bénéficiaires, qui a permis d'inscrire la pratique sportive dans une routine, de gagner en autonomie et confiance dans sa pratique ainsi que de réduire les douleurs musculaires / articulaires et/ou les traitements médicamenteux. Selon les échanges, les premiers résultats des tests physiques auprès des bénéficiaires du PASS, mettent en évidence que leur condition physique s'améliore du point de vue de l'endurance, de la force musculaire et de la souplesse.



Les raisons évoquées par les bénéficiaires qui les ont poussés vers une activité physique adaptée, sont multiples : lutter contre les effets secondaires des traitements, réduire les traitements grâce à la pratique d'une activité physique, créer du lien. Elles permettent de dépasser les différents freins à la pratique sportive évoqués plus haut, en lien avec la mobilisation des acteurs du PASS pour lever ces freins.

Les professionnels de santé interrogés notent un haut niveau de satisfaction des usagers. Les témoignages des médecins sur les retours de leurs patients pratiquant l'APA mentionnent des éléments positifs, comme le fait d'être rassurés dans leur pratique sportive, le sentiment de valorisation qu'une pratique sportive génère, la mise en place d'une routine remobilisante...

L'APA est aussi perçue comme un vecteur créateur de lien social, et les bénéficiaires souhaitent généralement poursuivre leur activité physique au sein de la même structure. L'APA est aussi décrite comme un déclencheur d'une reprise sportive plus générale et s'inscrit plus largement dans des changements de pratiques (notamment dans le cadre de leur alimentation).

#### **4.2.4 Une complémentarité des offres sur la région : entre synergies et contradictions**

L'offre PASS s'inscrit dans un écosystème complexe d'offre de sport santé sur la région Bourgogne-Franche-Comté, répondant à une multitude de problématiques sur le territoire.

##### **Des dispositifs de sport-santé complémentaires pour atteindre l'ensemble du public prioritaire ciblé par le PRS**

Les acteurs interrogés considèrent les autres dispositifs sur la région comme étant complémentaires et permettant de toucher un large public en ciblant chaque dispositif sur des publics précis. Par exemple, le RéPPOP en Bourgogne-Franche-Comté est un réseau ville-hôpital qui vise à permettre aux enfants et adolescents en surpoids d'accéder à une prise en charge multidisciplinaire, coordonnée et de proximité. Des créneaux RéPPOP sont notamment disponibles sur la plateforme EsPASS et permettent donc de toucher les moins de 18 ans qui ne sont pas pris en charge par le PASS. Le RSS et RéPPOP s'inscrivent dans une démarche similaire portée sur la qualité de l'offre proposée avec des ponts entre les deux dispositifs (par exemple, des éducateurs sont formés pour offrir des créneaux dans les deux dispositifs). Des acteurs rencontrés mentionnent d'autres dispositifs en cohérence, par exemple le dispositif Aidants/Aidés dans l'Yonne qui propose des créneaux d'APA aux plus de 60 ans non autonomes et leurs aidants ou encore des créneaux de sport pour les personnes sédentaires éloignées de la pratique sportive, de plus 18 ans, mais sans maladie chronique.

Une autre offre sur la région est la Maison Sport Santé, qui avec son déploiement ces trois dernières années, nécessite d'être mieux articulée avec les activités du RSS.

##### **Une articulation peu lisible entre les Maisons Sport Santé et le Réseau Sport Santé**

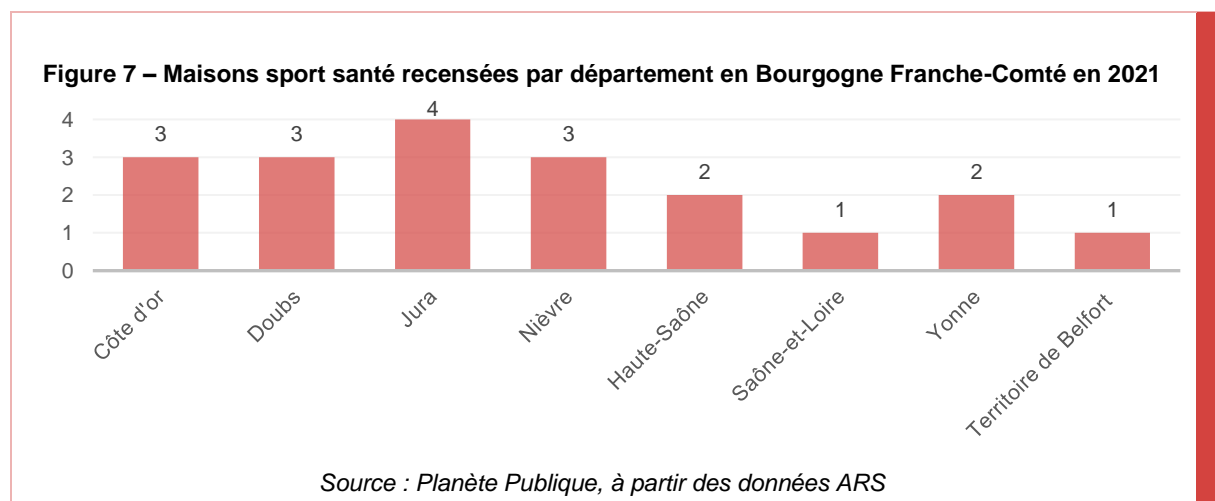
L'un des engagements lors de la campagne présidentielle de 2017 était le développement d'un réseau de 500 Maisons Sport-Santé afin d'accompagner les personnes les plus éloignées de la pratique et les patients pour lesquels la pratique APA est prescrite vers une reprise de l'activité physique. Pour répondre à cet engagement, le ministère chargé des Sports et le ministère des Solidarités et de la Santé a lancé un appel à projet annuel depuis 2019 afin de labeliser des Maisons Sport-Santé (MSS). Les MSS revêtent des fonctions multiples :

- lieu d'information, de sensibilisation voire de formation continue ;
- lieu de formation transversale aux acteurs du sport-santé ;
- lieu d'exercice APS/APA ;

- lieu de réalisation d'un bilan des capacités physiques sur la base d'une prescription d'activité physique adaptée ;
- espace d'accueil permettant d'informer et d'orienter les personnes dans leur programme sport-santé personnalisé ;

Cette labélisation Maison Sport Santé se fait sur la base d'un cahier des charges peu précis et donne lieu à une offre très variée sur l'ensemble du territoire, voire à une qualité de l'offre hétérogène. Cela s'illustre notamment à l'échelle nationale par la grande diversité de structures portant le nom de MSS : associations (51 %), sociétés commerciales (29 %), collectivités territoriales (14 %), établissement de santé public (3 %), établissement de santé privé (1 %), mutuelle (1 %), autre (1 %).

En Bourgogne-Franche-Comté, en 2021, on recensait 19 MSS dans les huit départements de la région, soit une moyenne de 2,4 structures par département.



Il y existe des recoupements dans les objectifs portés par les MSS et RSS, notamment concernant l'accès à des créneaux d'APA, la réalisation d'un bilan des capacités physiques ou encore le rôle d'information et d'orientation des personnes dans leur programme sport-santé personnalisé. Les publics ciblés sont aussi les mêmes : des personnes souffrant d'affection de longue durée, ou de maladies chroniques, des personnes éloignées de la pratique sportive, mais les MSS proposent aussi d'accompagner des personnes à tous les âges de la vie qui le désirent (sans limitation physique) afin d'être prises en charge et accompagnées par des professionnels de la santé et du sport.

Un travail supplémentaire de mise en cohérence et de lisibilité de l'offre semble donc nécessaire. Néanmoins, ce travail sur la lisibilité n'induit pas nécessairement un changement dans le fonctionnement du RSS, toutes les MSS n'ayant pas vocation à être intégrées au RSS. Les MSS proposant des offres variables autant dans leur format que leur qualité, l'approche du RSS, qui vise à les intégrer au cas par cas dans le réseau apparaît adéquate. Les MSS qui proposent une offre en cohérence avec les objectifs du RSS ont vocation à le rejoindre afin de renforcer l'offre PASS sur le territoire (certaines l'ont déjà rejoint).

Au regard des échanges avec les acteurs du sport santé sur le territoire, un travail de lisibilité des offres (notamment auprès des professionnels de santé et bénéficiaires), voire de mise en cohérence et de collaboration entre le RSS et les MSS est à renforcer sans nécessairement chercher à uniformiser les deux dispositifs.

## 4.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	Comment le PASS est-il mobilisé / utilisé par les acteurs dans les différents territoires ? Dans quelle mesure le mobilisent-ils ? Quels sont les facteurs facilitants ou les difficultés rencontrés ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une offre PASS qui s'est déployée en deux temps et qui couvre maintenant l'ensemble de la région BFC, malgré des disparités entre départements et milieux urbain/rural.</li> <li>- Un nombre de bénéficiaires en nette augmentation depuis 2017 et des acteurs généralement satisfaits par l'offre proposée.</li> <li>- La prescription est le passage obligé de l'inscription dans le parcours PASS. Cette étape est identifiée comme un frein potentiel à cause d'une mobilisation parfois limitée et inégale sur l'ensemble des départements par les médecins (le RSS bénéficie de 697 professionnels prescripteurs), mais aussi comme une étape qui peut être déterminante dans l'information et l'inscription des patients dans un parcours d'APA. Les infirmières sont identifiées comme un levier supplémentaire à mobiliser pour faciliter l'étape de la prescription.</li> <li>- Le RSS prend ensuite le relais pour continuer de lever les freins à la pratique et accompagner les bénéficiaires vers une pratique adaptée à leurs besoins (autant physiques, qu'en termes de temps disponible, sport souhaité, moyens financiers, etc.). Ce travail d'orientation est un véritable levier dans la reprise d'une activité et son inscription dans le temps.</li> </ul>
	Qui sont les utilisateurs du PASS ? Ce public est-il en adéquation avec le public ciblé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les profils des bénéficiaires du PASS sont en adéquation avec les profils ciblés et pertinents pour répondre aux besoins sur le territoire. Les bénéficiaires accompagnés par le PASS sont en majorité des femmes (83 %), ils avaient en moyenne 63,1 ans. Ils ne pratiquaient pas ou peu d'activité sportive et étaient atteints de pathologies telles que diabète, cancer, obésité, problèmes cardiaques et ALD.</li> </ul>
	Dans quelle mesure le PASS a permis d'inscrire une pratique d'activité physique dans le temps pour les adultes ? Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? Quelle est la valeur ajoutée du dispositif pour les bénéficiaires ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de bénéficiaires du PASS est en augmentation d'année en année, avec un travail de déploiement d'une offre de qualité sur l'ensemble de la région.</li> <li>- Malgré un manque de recul à ce stade et l'absence de données quantitatives sur le sujet, les échanges avec les acteurs du PASS et ses bénéficiaires mettent en évidence une inscription de la pratique dans le temps, pour le moment avec peu de ruptures.</li> <li>- Cette réussite s'explique par un travail important des acteurs du PASS pour lever les freins à la pratique en amont. Les freins identifiés dans les parcours sont : des difficultés à motiver les patients au regard de leurs limitations physiques et un manque de confiance dans leurs capacités ; un temps disponible limité pour le sport ; des freins à la mobilité et la contrainte financière. Le travail d'information par les professionnels de santé et le RSS ainsi que le travail d'orientation vers un créneau pertinent permettent de lever ces obstacles à la pratique et son inscription dans la durée.</li> <li>- L'offre PASS est perçue très positivement par les bénéficiaires ainsi que les prescripteurs interrogés. Les apports de cette offre d'APA sont multiples : une amélioration de la condition physique, une atténuation des symptômes et une activité de bien-être (prise de confiance en soi, création de lien social, etc.) qui poussent les bénéficiaires à inscrire cette pratique dans la durée.</li> </ul>
	En quoi l'offre PASS est-elle complémentaire et s'articule-t-elle de manière cohérente aux autres dispositifs de sport-santé dans le territoire (ex : maisons sport-santé, REPOPP) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe des recoupements entre les objectifs du RSS et les MSS, nécessitant un travail de mise en cohérence de ces offres et surtout d'accroissement de la lisibilité de l'offre PASS et sa valeur ajoutée (qualité de l'encadrement et soutien financier).</li> <li>- Les autres offres identifiées par les personnes interrogées telles que RéPOPP sont perçues comme s'articulant bien avec l'offre PASS et</li> </ul>

	Question évaluative	Indicateur / source
		permettant ainsi d'apporter des réponses à l'ensemble des profils identifiés comme prioritaire sur le territoire.
<b>Appropriation</b>	Les partenaires de l'ARS mobilisés pour le sport adapté/le PASS connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs adhèrent aux objectifs de ce dispositif Sport-Santé et de prescription de l'activité physique adaptée.</li> <li>- Les acteurs sont généralement satisfaits du déploiement du dispositif PASS mais notent le besoin de continuer à le déployer dans l'ensemble des départements et en milieu rural ainsi que de développer la mobilisation accrue des prescripteurs pour assurer la bonne mise en œuvre du PASS et la pertinence de l'offre proposée sur l'ensemble du territoire.</li> </ul>

## 5. Inclusion scolaire

---

### 5.1 Questionnements et méthode pour l'évaluation

Les entretiens exploratoires avec les pilotes ont permis d'identifier 4 questions évaluatives à traiter pour le volet « inclusion scolaire ». Trois d'entre elles portent sur les résultats obtenus :

- A quoi tiennent les différences de résultats entre les territoires, en particulier en matière d'établissement et de gestion des listes d'attente des MDPH ? Ces différences peuvent-elles être expliquées par des méthodes de travail différentes ?
- En quoi les actions mises en œuvre ont-elles permis d'apporter plus de réponses, plus personnalisées aux enfants en situation de handicap, pour la poursuite de leur parcours de scolarisation à l'école ?
  - Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? L'offre existante permet-elle de réduire les risques de rupture dans le parcours des enfants et jeunes en situation de handicap ?
- Comment peut-on continuer à avancer vers l'objectif de scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents accompagnés en ESMS, fixé à 80% en 2023 ? Au regard des besoins quantitatifs et qualitatifs qu'il reste à couvrir, que faut-il réactiver ou activer pour aller vers cet objectif dans 5 ans ?

Une 4<sup>ème</sup> question porte sur l'appropriation du PRS par les partenaires (enjeu transversal pour tous les volets de l'évaluation) :

- Les partenaires de l'ARS mobilisés pour l'inclusion scolaire (EN, MDPH, CD, OG et ESMS) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?

Pour répondre à ces questions, 22 personnes ont été rencontrées dans le cadre de :

- 3 réunions de travail associant des représentants de l'ARS, de la MDPH et de l'Education nationale ;
- 6 entretiens avec des organismes gestionnaires ;
- 3 entretiens avec des parents ou représentants de parents.

La collecte d'information a été concentrée dans 3 départements : Côte-d'Or (21), Doubs (25), Saône-et-Loire (71). Enfin, les échanges avec les acteurs ont été complétés par une analyse de la documentation mise à la disposition de l'équipe. L'ensemble des sources est présenté en annexe.

## 5.2 Enseignements généraux sur le dispositif

### 5.2.1 Une progression importante de la scolarisation en milieu ordinaire, mais inégale entre les départements

#### Une progression de la scolarisation en milieu ordinaire entre fin 2018 et début 2021

Les enquêtes initiées au niveau régional, conjointement par l'ARS BFC et les rectorats de Dijon et Besançon, relatives à la scolarisation des enfants accueillis en établissement<sup>10</sup> montrent une **progression générale de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, tous âges confondus** (Figure ). Celle-ci est passée de 29 % à 39 % si l'on considère l'ensemble des enfants accueillis en établissement (+ 10 points)<sup>11</sup>. Elle a progressé encore plus fortement si l'on considère uniquement les enfants accueillis en établissement et scolarisés : elle passe de 35 % à 47 % (+ 12 points)<sup>12</sup>.

Selon les enquêtes précitées, ces données varient selon la tranche d'âges considérée. La scolarisation en milieu ordinaire a progressé de 39 % à 53 % (+ 14 points) si l'on considère les enfants accueillis de moins de 16 ans. Elle progresse également pour les enfants de plus de 16 ans (de 13 % à 18 %, +5 points), dans un contexte d'augmentation forte du nombre d'enfants de cette tranche d'âges accueillis (+17 % ; cf. Figure 5 – Scolarisation en milieu ordinaire parmi les enfants accueillis en établissement).

Enfin, un recalcul à partir des données disponibles pour les enfants accueillis et scolarisés met en évidence que la scolarisation en milieu ordinaire progresse pour les moins de 16 ans comme pour les plus de 16 ans. Elle passe de 43 % à 57 % pour les moins de 16 ans et de 17 % à 27 % pour les 16 ans et plus.

**Figure 6 – Scolarisation en milieu ordinaire parmi les enfants accueillis en établissement**

	Parmi l'ensemble des enfants accueillis (en %)		Parmi les enfants accueillis ET scolarisés	
	Fin 2018	Début 2021	Fin 2018	Début 2021
Moins de 16 ans	39 %	53 %	43 %	57 %
Plus de 16 ans	13 %	18 %	17 %	27 %
Ensembles	29 %	39 %	35 %	47 %

Lecture tableau de gauche, première ligne : Parmi tous les enfants de moins de 16 ans accueillis en établissement, 39% étaient scolarisés en milieu ordinaire en 2019. Ils sont 53% en 2021.

Lecture tableau de droite première ligne : Parmi les enfants de moins de 16 ans, accueillis en établissement et accédant à une scolarisation, 43 % sont scolarisés en milieu ordinaire en 2018. Ils sont 57 % en 2021.

Source : Planète Publique, à partir des enquêtes scolarisation ARS / EN (2018 / 2021)

<sup>10</sup> Données au 1<sup>er</sup> décembre 2018 d'une part et 1<sup>er</sup> février 2021 d'autre part.

<sup>11</sup> Le calcul à partir des données brutes donne un pourcentage de 38,35 % (1878 pour 4897) mais l'évaluation s'appuyant sur des données secondaires, le choix est fait de reprendre la donnée consolidée par l'ARS plutôt que la donnée recalculée par l'équipe d'évaluation.

<sup>12</sup> Les données des deux enquêtes montrent que certains enfants accueillis en établissement ne sont pas du tout scolarisés, expliquant le différentiel de données. On compte 17,5 % d'enfants non scolarisés en 2021 (en hausse par rapport à 2018 – 15,2 %), mais avec des inégalités importantes en fonction de la tranche d'âge : 7,6 % et 5,4 % pour les 6-11 ans et les 12-15 ans (en baisse par rapport à 2018) contre 32,3 % pour les plus de 16 ans (en hausse par rapport à 2018). On compte enfin 26,7 % d'enfants de 3 à 5 ans non scolarisés, en baisse par rapport à 2018 (29,4 %). Le nombre d'enfants de moins de 3 ans accueillis est faible et joue donc peu sur les données générales.

**La scolarisation en milieu ordinaire progresse donc sur la période.** La dynamique est cependant moins forte pour les enfants de 16 ans et plus, qui correspond à l'âge à partir duquel la scolarisation n'est plus obligatoire (voir paragraphe 5.2.4).

### Une progression qui s'accompagne d'une modification des formes de scolarisation

La répartition des enfants en fonction de la **durée de scolarisation est globalement stable** entre 2018 et 2021. La part des enfants **scolarisés à temps plein est en très légère baisse** (29,8 % en 2018 et 28,1 % en 2021) au profit des enfants scolarisés moins de 12h par semaine (40,8 % en 2018 contre 42,3 % en 2021). Cette donnée **ne se confirme pas si l'on considère uniquement les enfants de moins de 16 ans**, avec au contraire une augmentation du taux d'enfants scolarisés à temps plein (28,9 % en 2021 contre 25,5 % en 2018), tandis que la scolarisation inférieure à 12h par semaine est stable (39 % pour 2021 contre 39,5 % pour 2018).

Les modes de scolarisation évoluent également entre les deux enquêtes. Ainsi, le nombre d'Unités d'Enseignements Externalisées (UEE) a fortement progressé sur la période (+ 46 %, passant à 155 UEE pour l'ensemble de la région). Pourtant, la part des UEE pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire tend à baisser (Figure 7). Ainsi, parmi les enfants qui étaient scolarisés en milieu ordinaire, 69 % des enfants l'étaient *via* une UEE en 2018. Le taux est passé à 65 % en 2021. Cela signifie que les autres modes de scolarisation (ULIS ou scolarisation individuelle) ont gagné du terrain sur la période comme mode de scolarisation en milieu ordinaire. Les données montrent que c'est d'abord la **scolarisation individuelle en classe ordinaire qui a progressé en moyenne régionale**.

**Figure 7 – Mode de scolarisation des enfants (parmi les enfants scolarisés en milieu ordinaire)**

	2018	2021	Evolution
Enfants scolarisés en UEE	69,4%	65,2%	- 4,2 pts
Enfants scolarisés par un autre mode	30,6%	34,8%	+ 4,2 pts
<i>Dont ULIS</i>	7,3%	7,7%	+ 0,4 pts
<i>Dont SEGPA</i>	4,7%	2,9%	- 1,8 pts
<i>Dont EREA</i>	0,4%	0,6%	+ 0,2 pts
<i>Dont lycée agricole, CFA, MFR</i>	3,6%	3,8%	+0,2 pts
<i>Dont classe ordinaire</i>	14,6%	19,7%	+ 5,1 pts

*Pour rappel, ces chiffres portent sur les enfants scolarisés en milieu ordinaire, respectivement 35% et 47 % des enfants accueillis et scolarisés en 2018 et 2021*

*Source : Planète Publique, à partir des enquêtes scolarisation ARS / EN (2018 / 2021)*

### Des moyennes régionales qui masquent une grande variabilité entre les territoires

Les données montrent **une grande variabilité en fonction des territoires** (Figure 8). Le taux de scolarisation en milieu ordinaire est plus élevé dans la Nièvre et le Territoire de Belfort, qui étaient également les deux départements dans lesquels il était le plus élevé en 2018. Le Jura, qui présentait le taux de scolarisation en milieu ordinaire le plus faible en 2018 présente toujours le taux le plus faible en 2021, malgré une progression importante de + 12 points.

Trois départements se distinguent par la progression importante entre les deux années de référence : la Côte-d'Or avec un passage de 13 % des enfants scolarisés en milieu ordinaire à 38 % des enfants scolarisés en milieu ordinaire (parmi les enfants accueillis), la Saône-et-Loire avec une progression de +13 points de la scolarisation en milieu ordinaire et le Jura (+ 12 points).

**Figure 8 – Evolution de la scolarisation en milieu ordinaire selon le département**

	Parmi l'ensemble des enfants accueillis (en %)			Parmi les enfants accueillis ET scolarisés		
	Fin 2018	Début 2021	Ev.	Fin 2018	Début 2021	Ev.
Côte-d'Or	13%	38%	+ 25 pts	17%	46%	+ 29 pts
Doubs	33%	39%	+ 6 pts	38%	47%	+ 9 pts
Jura	10%	22%	+ 12 pts	14%	27%	+ 13 pts
Nièvre	56%	60%	+ 4 pts	66%	71%	+ 5 pts
Haute-Saône	36%	43%	+ 7 pts	48%	53%	+ 5 pts
Saône et Loire	24%	37%	+ 13 pts	29%	49%	+ 20 pts
Yonne	30%	31%	+ 1 pt	32%	37%	+ 5 pt
Territoire de Belfort	42%	46%	+ 4 pts	51%	61%	+ 10 pts
TOTAL	29%	39%	+ 10 pts	35%	47%	+ 12 pts

Source : Planète Publique, à partir des enquêtes scolarisation ARS / EN (2018 / 2021)

Les acteurs rencontrés et les données disponibles font émerger plusieurs facteurs expliquant cette variabilité. La **situation et les inégalités initiales** sont le premier facteur évoqué. La **progression est plus faible dans les territoires qui connaissaient une scolarisation en milieu ordinaire déjà élevée** en 2018. En revanche, les territoires avec une situation plus défavorable connaissent une meilleure progression. Cela paraît logique, puisque les marges de progression sont plus importantes dans ces territoires. Pour autant, cela **suggère également un « effet de plateau »** (voire un « plafond ») qui doit être considéré avec attention au regard de l'objectif fixé dans le PRS (cf. paragraphe 5.2.6).

Les **caractéristiques des territoires** peuvent également jouer dans les évolutions. Selon les acteurs institutionnels, l'organisation d'une réponse est plus difficile dans les territoires les moins denses et les plus ruraux, comme par exemple pour la Saône-et-Loire où les demandes sont à la fois très importantes en nombre et très dispersées géographiquement (difficulté à organiser des réponses collectives).

Enfin, la **situation du point de vue de l'offre** peut également être un facteur explicatif avancé par les acteurs (corroboré par des données mais qui datent maintenant de quelques années). Les territoires pour lesquels le taux d'équipement (particulièrement en SESSAD) est plus élevé, auraient eu plus de facilités à progresser vers la scolarisation en milieu ordinaire (Côte-d'Or, Doubs), tandis qu'elle serait plus difficile dans les départements moins bien dotés (Saône-et-Loire).

Les **modes de scolarisation ont également évolué différemment entre les départements**. La Côte-d'Or connaît une évolution atypique par rapport aux autres territoires, avec une forte baisse de la part de la scolarisation en UEE pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire (-19 points). Une tendance à la baisse est également constatée dans le Jura (-9 points) et dans l'Yonne (-7 points). A l'inverse, **des territoires connaissent une forte progression de la part des UEE dans la scolarisation des**



**enfants** (parmi ceux qui sont scolarisés en milieu ordinaire) : Saône et Loire (+ 15 points) et Territoire de Belfort (+14 points). Cette variabilité et ces différences sont liées en partie au développement, dans des proportions variables, de la scolarisation en unités externalisées ou en classe ordinaire, dans les différents départements (d'où l'évolution des parts relatives de chaque modalité de scolarisation).

**Figure 9 – Scolarisation via les UEE pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire, par département**

	2018	2021	Evolution
Côte-d'Or	40%	21%	- 19 pts
Doubs	70%	76%	+ 6 pts
Jura	49%	40%	- 9 pts
Nièvre	82%	87%	+ 5 pts
Haute-Saône	79%	80%	+ 1 pt
Saône et Loire	65%	80%	+ 15 pts
Yonne	89%	81%	-7 pts
Territoire de Belfort	39%	53%	+ 14 pts
Moyenne régionale	69%	65%	-4 pts

Source : Planète Publique, à partir des enquêtes scolarisation ARS / EN (2018 / 2021)

## 5.2.2 Une transition perçue par les partenaires, qui y adhèrent et l'ont accompagnée

### Une évolution forte de l'offre depuis 2018, quelques transformations restant encore à finaliser

Pour les trois départements ayant donné lieu à des entretiens, les acteurs (ARS, Education nationale, MDPH, OG) s'accordent à dire qu'un **travail important a pu être mené pour faire évoluer le secteur médico-social, comme l'éducation adaptée gérée par l'Education nationale**, au service d'une plus grande inclusion en milieu ordinaire. Les partenaires sont satisfaits du chemin parcouru et identifient en particulier des évolutions massives pour :

- transformer des places d'IME en SESSAD (et développement des DAME en cours) ;
- développer une offre externalisée (UEE / CLEX) par l'essentiel des OG et / ou dans l'essentiel des établissements scolaires (selon les acteurs)<sup>13</sup> ;
- renforcer le nombre de places en « ULIS », en particulier via les ULIS TSA, en réponse à un besoin qui était très important (selon les acteurs également)<sup>14</sup>.

Les professionnels n'ont pas exprimé de difficultés ou de freins pour aller au bout de ces ouvertures / transformations. La finalisation du passage en dispositif est attendue et saluée. Dans les trois départements, ils identifient encore **des « niches de transformation »** à finaliser à court terme, comme certaines UE qui peuvent encore être externalisées et / ou quelques ULIS qu'il serait utile d'ouvrir (par tranche d'âge, par type de handicap ou par territoire). Malgré ces « niches », les professionnels

<sup>13</sup> Donnée chiffrée non disponible

<sup>14</sup> Donnée objectivée non disponible

expriment toutefois le sentiment **d'avoir atteint un certain plateau, voir un plafond**, en termes de transformation de l'offre.

Les professionnels sont **satisfaits de ces transformations dont ils constatent les effets positifs**. Ils mentionnent une meilleure inclusion dans le milieu ordinaire (sur le plan quantitatif et qualitatif), et une plus grande fluidité et personnalisation des réponses apportées, grâce à un fonctionnement plus modulaire. Ils constatent également un rapprochement et une coopération renforcée entre le secteur médico-social et l'Education nationale, même si cela s'exprime de manière variable selon les territoires.

### Une transition saluée mais qui engendre des points de vigilance exprimés par les acteurs

Tout en reconnaissant l'intérêt (voire la nécessité) de cette transition, les **acteurs soulignent qu'elle engendre des difficultés**.

D'abord, les acteurs institutionnels comme les OG constatent que l'accroissement de la réponse modulaire et de la diversification des temps et des lieux de scolarisation, conduit à une certaine **« parcellisation » de l'offre de service qui rend plus difficile le « remplissage » des classes et des dispositifs**. Ceci est d'autant plus vrai que les professionnels (OG) souhaitent maintenir des groupes cohérents ou équilibrés, au regard des besoins spécifiques des enfants et du taux d'encadrement à consacrer en conséquence, ainsi que de la capacité du groupe à « fonctionner » au regard des différents profils d'enfants... Cela n'est pas toujours totalement convergent avec la priorisation proposée par les MDPH (voir paragraphe 5.2.5). Les acteurs jugent que cette transition est facilitée lorsque l'OG dispose d'une **masse critique suffisante** (du point de vue du nombre de places et des ressources humaines associées) pour jouer sur la constitution de groupes de taille suffisante. Cela implique également un bon **niveau de collaboration et de confiance entre OG et acteurs institutionnels**. Dans certaines situations, des acteurs institutionnels ont déploré un **manque de visibilité** sur les accompagnements proposés par des OG et expriment des doutes sur la capacité à proposer effectivement les bons accompagnements aux bons enfants, renforcée par le fonctionnement en dispositif.

Les professionnels médico-sociaux et de l'Education nationale font état d'une **tension sur les ressources humaines, du point de vue des éducateurs et des enseignants spécialisés**, qui sont « répartis » sur un plus grand nombre de lieux / groupes / temps de scolarisation. Cette tension est logiquement renforcée dans les territoires peu denses, puisque les enfants sont nécessairement dispersés sur le territoire et que les scolarisations partielles démultiplient les temps de déplacement. Cette perception ne se retrouve pas dans les données globales des deux enquêtes de scolarisation. Les ETP d'enseignants baissent effectivement au global entre 2018 et 2021 (- 10 ETP), engendrant une petite diminution du taux d'encadrement entre les deux enquêtes. La situation est différente en fonction des territoires et ne peut pas être expliquée uniquement par un facteur de densité / ruralité.

Selon certains acteurs, **l'externalisation des UE peut conduire à réduire l'accès à la scolarisation de certains enfants en IME**. Les enseignants ne sont plus présents en interne et l'enfant qui n'accède pas au milieu ordinaire n'accède donc plus du tout à la scolarisation, même sur de très petites durées. Les données globales sur les durées de scolarisation ne confirment pas non plus cette perception pour les enfants de moins de 16 ans (cf. 5.2.1)<sup>15</sup>.

Enfin, une précaution a été mentionnée vis-à-vis de l'externalisation des modes de scolarisation : à la lumière des difficultés liées à la période Covid, certains enfants auraient besoin d'accompagnement renforcé en établissement, comme une forme de « répit » par rapport à la scolarisation en milieu ordinaire, pour répondre à une « décompensation ». Certains professionnels mentionnent ainsi que

---

<sup>15</sup> Si cette situation peut certainement exister, elle n'est pas repérée / objectivée par les données moyennisées.

l'externalisation ne doit pas priver les OG de la capacité à offrir cette possibilité pour les enfants, ne serait-ce que de façon transitoire.

### Des leviers de transition spécifiques à chaque territoire et pour partie structurels

Parmi les facteurs facilitants identifiés par les acteurs pour assurer cette évolution de l'offre, les partenaires mentionnent en premier lieu **la qualité du partenariat entre les acteurs institutionnels** (ARS, MPDH, EN). En effet, les trois territoires connaissent une intensité des relations différentes entre les trois parties prenantes qui peut être plus ou moins facilitante pour travailler conjointement.

En Côte-d'Or, les acteurs ont souligné qu'un travail important est mené depuis plusieurs années par l'ARS dans le cadre des CPOM, pour transformer des places d'IME en places en SESSAD et que la **qualité de la relation contractuelle avec les OG** est facilitante pour continuer à avancer vers la scolarisation en milieu ordinaire.

Dans le Doubs, les acteurs mentionnent que la **structuration de l'offre médico-sociale** (3 OG uniquement) colore fortement les **modalités de travail** avec le secteur en conférant aux OG un poids peut-être plus important dans la négociation que dans les autres départements.

Pour la Saône-et-Loire, les acteurs ont principalement souligné la **difficulté liée au déficit de places, dans un contexte de demande élevée et en progression**. Un travail important de rattrapage a été engagé mais ne semble pas avoir suffi à répondre à l'ensemble des besoins qui progressent également en parallèle.

## 5.2.3 Des nouveaux types de dispositifs dont la pertinence est saluée

Figure 10 – Offre d'accompagnement en BFC en 2021

	Ev. UEE (2018-21)	UEE	UEMA*	UEEA	PAS	Réseaux d'éducation par EMAS
Côte-d'Or	+ 71%	12	3	1	3	5
Doubs	+ 52%	35	3	1	3	4
Jura	+ 17%	7	2	1	2	3
Nièvre	+ 22%	22	2	1	1	3
Haute-S.	+ 50%	18	2	1	1	5
Saône-et-L.	+ 79%	34	3	2	3	3
Yonne	+ 20%	18	2	1	2	2 (EMAS Nord) 2 (EMAS Sud)
Territoire B.	+ 50%	9	1	1	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>+ 46%</b>	<b>155</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

\* Prévisionnel pour la rentrée de septembre 2022

Source : Planète Publique, à partir des données ARS

La période s'est accompagnée du **développement de nouveaux dispositifs d'accompagnement** auprès des enfants et des équipes pédagogiques **au sein des établissements** tels que les pôles d'accompagnement scolaire (PAS) et les équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS). La pertinence de ces fonctionnements hybrides, permettant la mise à disposition de l'expertise du secteur médico-social au sein du milieu ordinaire est largement saluée. Ceci constitue une piste identifiée comme d'avenir par les acteurs, même si le recul est encore limité sur les effets produits. Ces dispositifs

permettent **d'éviter un certain « réflexe » d'orientation** vers l'IME quand l'encadrement devient difficile (qu'il convient de continuer à accompagner). Les professionnels (EN, OG) constatent donc un double bénéfice pour **éviter la sortie du milieu ordinaire des enfants porteurs de handicap et outiller les enseignants** pour des enfants avec des troubles du comportement mais ne relevant pas (ou pas encore) du secteur médico-social. Les acteurs reconnaissent l'intérêt d'une « territorialisation » de ce type d'offre (mise à disposition de ressources pour plusieurs établissements), de manière à disposer d'une souplesse du point de vue de l'intensité de l'intervention.

Ces dispositifs sont venus compléter le travail sur l'externalisation des UE et la mise en place des unités d'enseignements autisme pour la maternelle et l'élémentaire (respectivement UEMA et UEEA). Ces unités spécifiquement dédiées aux enfants avec autisme étaient **largement attendues** par les acteurs. Ils indiquent en effet que les besoins vis-à-vis des enfants avec TSA en général étaient insuffisamment couverts. La **situation paraît aujourd'hui satisfaisante** sur le plan quantitatif (grâce aussi à l'installation des ULIS TSA), sous réserve des quelques unités restant à ouvrir.

Selon ces professionnels rencontrés, **cette diversification de l'offre permet effectivement de réduire les sorties du milieu ordinaire**. Elle doit s'accompagner d'un **temps de rodage et de pédagogie** pour que les dispositifs trouvent leur place dans un partenariat et une relation de confiance entre l'Education nationale et les OG.

Cependant, cette diversification s'accompagne d'une **certaine complexité liée à la multiplication des dispositifs** et à un « saucissonnage » de l'offre de service. Cela peut conduire à exclure des enfants qui ne remplissent pas l'ensemble des critères d'inclusion (en particulier les situations complexes).

Par ailleurs, les dispositifs ne sont pas mobilisés exactement de la même manière d'un territoire à l'autre, avec plus ou moins de souplesse vis-à-vis de l'application des textes. Cela résulte d'une capacité à trouver des solutions consensuelles en lien avec la qualité du partenariat (entre acteurs institutionnels et avec les OG).

### L'externalisation des unités d'enseignement (UE) des établissements médico-sociaux

L'externalisation des UE vise à positionner au sein d'un établissement scolaire (école, collège, lycée) les UE situées dans les établissements médico-sociaux, pour permettre une scolarisation en milieu ordinaire. L'externalisation des unités d'enseignement fait l'objet de travaux concertés entre l'établissement médico-social et la structure scolaire concernée, en lien avec les services de l'éducation nationale (IA-DASEN, IEN-ASH) et de l'ARS. Leur mise en place fait l'objet d'un cahier des charges<sup>16</sup> défini par l'instruction du 23 juin 2016. Celle-ci prévoit en particulier que les effectifs de l'UE doivent être d'au moins 6 élèves, sur une durée minimale de 12 heures de scolarisation hebdomadaire. Le PRS fixe l'objectif de 80% d'UE externalisées.

A la rentrée scolaire de septembre 2021, près de 155 unités d'enseignement avaient pu être externalisées dans la région BFC contre 106 à la rentrée de septembre 2018 soit une **augmentation de 46,2 %**. En Côte-d'Or, les acteurs (institutionnels et OG) indiquent que le travail mené à travers les CPOM, dès la fin des années 2000 a constitué un levier important en faveur de ce mouvement. En Côte-d'Or et dans le Doubs, les professionnels indiquent que **les marges de manœuvre sont aujourd'hui quasiment toutes exploitées** pour l'externalisation des UE (non précisé pour le 71).

Sur le plan qualitatif, dans les trois départements, les acteurs institutionnels ont indiqué que le **degré d'inclusion en milieu ordinaire pouvait varier en fonction des UEE**. Certaines peuvent avoir

---

<sup>16</sup> Instruction n° DGCS/3B/2016/207 du 23 juin 2016 relative au cahier des charges des unités d'enseignement externalisées des établissements et services sociaux et médico-sociaux  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-08/ste\\_20160008\\_0000\\_p000.pdf#p263](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-08/ste_20160008_0000_p000.pdf#p263)

tendance à recréer l'IME dans le milieu ordinaire, avec des temps d'interaction limités, y compris à la cantine ou dans la cour de récréation.

Par ailleurs, avec une externalisation quasiment généralisée des UE, la question de **l'organisation des transports** a été soulevée par certains professionnels. En effet, le système actuel fait perdre un temps important aux enfants comme aux encadrants, puisque les enfants sont déposés à l'IME, qui assure le transport jusqu'à l'école. Certains acteurs suggèrent que, lorsque la proximité le permet, les **parents déposent l'enfant directement à l'école**. En Saône-et-Loire, certains OG ont **revu leurs circuits** de manière à ce que les enfants **arrivent à l'école en même temps que les autres**.

### **L'installation des unités d'enseignement en maternelle autisme et élémentaire autisme (UEMA et UEEA)**

Les unités d'enseignement en maternelle autisme ont été créées progressivement dans la région, depuis 2014, suivies en 2019 par la création des unités d'enseignement en élémentaire autisme. Ces UE proposent une scolarisation au sein du milieu ordinaire, aux enfants porteurs de troubles du spectre de l'autisme (TSA). Elles concernent les enfants âgés de 3 à 6 ans pour les UEMA et les enfants de 6 à 11 ans pour les UEEA. Les UEEA sont composées d'un professeur des écoles spécialisé et formé aux TSA, d'un Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap (AESH), d'un éducateur spécialisé formé au public TSA et d'un accompagnant éducatif et social. Elles accueillent un effectif de 10 élèves et s'appuient sur les outils pédagogiques issus des méthodes comportementales (TEACH, ABA), conformément aux recommandations de la HAS.

Les élèves sont scolarisés à temps plein au sein de ces UE sur le même temps que les autres élèves de leur classe d'âges contrairement à ceux scolarisés dans des établissements médico-sociaux qui peuvent être scolarisés à temps partiel.

En région BFC, on comptera en septembre 2022, 18 UEMA (dont 4 projets pour la rentrée de septembre 2022) et 9 UEEA/ DAR<sup>17</sup> (dont 2 en projet pour la rentrée de septembre 2022), réparties sur l'ensemble des départements. Les UEEA font l'objet d'un financement à hauteur de 140 000 € par unité d'enseignement de 10 places<sup>18</sup>.

Dans les trois territoires, les acteurs sont **très satisfaits du fonctionnement des UEMA, et des évolutions considérables des enfants à travers cette prise en charge**. Pour autant, les acteurs soulignent que la sortie d'UEMA ou d'UEEA **vers le milieu ordinaire est extrêmement rare**. Si la sortie vers **l'ULIS est plus fréquente, elle reste également minoritaire**<sup>19</sup>. La **sortie de l'UEMA vers l'UEEA est souvent inadaptée**, même lorsque celles-ci sont situées sur un même territoire. Les acteurs indiquent que les enfants sortant d'UEMA ont souvent besoin d'un appui plus important que celui proposé en UEEA, ce qui a d'ailleurs nécessité des ajustements après la première année de fonctionnement pour cibler les enfants adaptés à ce dispositif. Cette perception a été confirmée par un des parents rencontrés. L'accompagnement de l'enfant en UEMA était particulièrement satisfaisant et correspondait tout à fait au besoin de l'enfant. Le passage en UEEA s'est avéré en revanche inadapté, n'offrant pas de continuité dans la forme d'accompagnement.

Cette **absence de continuité entre UEMA et UEEA ne pose pas de difficulté** aux acteurs institutionnels qui indiquent vouloir éviter l'écueil d'un fonctionnement « en filière » qui conduirait à

---

<sup>17</sup> Dispositif d'auto-régulation

<sup>18</sup> Instruction interministérielle N° DGCS/3B/DGESCO/2018/192 du 1er août 2018 relative à la création des unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) et à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022

[https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-09/ste\\_20180009\\_0000\\_0079.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-09/ste_20180009_0000_0079.pdf)

<sup>19</sup> Données chiffrées non disponibles

enfermer les enfants dans un parcours. Pour les parents, cela implique souvent une orientation à l'IME après l'UEMA qui s'avère décevante (sortie du milieu ordinaire), même si elle est plus adaptée.

Dans les trois territoires, les acteurs institutionnels sont vigilants à laisser aux enfants le maximum de chances liées à l'orientation en UEMA. Ils indiquent qu'il est donc primordial que les OG ne priorisent pas l'inclusion d'enfants dont ils pressentent qu'une sortie en milieu ordinaire ou en ULIS est envisageable (exclusion et perte de chance d'enfants pouvant utilement bénéficier de l'accompagnement).

En Saône-et-Loire, l'entrée en UEMA se fait à 3 ans uniquement. L'enjeu pour les acteurs est que les enfants puissent bénéficier des 3 années d'accompagnement. Dans le Doubs, les autorisations sont élargies jusqu'à 8 ans, de manière à compenser un diagnostic et une orientation tardifs (et pour que des enfants entrant tardivement puissent bénéficier des 3 années).

### Les Pôles d'Accompagnement Scolaire (PAS)

Les pôles d'accompagnement scolaire (PAS) sont des dispositifs innovants issus de la réflexion régionale partagée Education nationale-ARS, menée en Bourgogne Franche Comté.

Ils visent à sécuriser les parcours d'élèves en situation de handicap, par l'implication de professionnels du secteur médico-social au sein même des établissements scolaires. Ils s'adressent à des jeunes en attente d'un accompagnement médico-social notifié, et développent également une mission de prévention bénéficiant plus largement aux élèves de l'établissement scolaire. Dans le cadre du PAS, un professionnel médico-social d'un établissement médico-social est positionné au sein d'une ou deux structures scolaires situées à proximité, et développe les accompagnements nécessaires en lien étroit avec toute l'équipe éducative et pédagogique de l'établissement scolaire.

Un PAS est positionné sur un ou deux établissements scolaires pouvant relever du premier et du second degré. Le professionnel médico-social élabore un projet individualisé qui prend en compte les besoins et les attentes de l'élève avec l'appui de l'équipe enseignante, et de l'entourage familial. Il se traduit par un accompagnement individualisé au sein de l'école favorisant la continuité du parcours scolaire. Les professionnels du PAS assurent le suivi de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation de chaque élève, en lien avec l'enseignant référent qui assure la liaison avec les services de la MDPH.

La région BFC a fait le choix de créer une quinzaine de PAS répartis sur l'ensemble de la région lors de la rentrée scolaire 2021 pour un financement en année pleine de 750 000 € soit 50 000 € par PAS.

Les acteurs institutionnels des trois départements sont **unanimes sur l'intérêt des PAS, même s'ils disposent de peu de recul encore sur leur fonctionnement.**

En Côte-d'Or (territoire préfigurateur), l'Education nationale souligne l'intérêt de l'intervenant du PAS pour assoir la **montée en compétence de la communauté éducative**, pour **accompagner les familles** (y compris pour des enfants qui n'ont pas d'orientation MDPH) et pour **faire le lien avec le périscolaire**. Selon les acteurs, les difficultés sont résolues dans les territoires dans lesquels les PAS étaient déployés. Un redéploiement est envisagé auprès des collèges. Pour cela, l'EN souhaite s'appuyer sur un vadémécum (à construire) expliquant le principe et le fonctionnement des PAS. L'Education nationale propose également de modifier le protocole pour le ciblage des établissements, en intégrant un temps d'observation préalable par le PAS pour sélectionner les écoles à partir d'un regard croisé médico-social / Education nationale. En Saône-et-Loire, les professionnels ont fait le choix de mobiliser le PAS à l'échelle d'un territoire plus large que 2 écoles, autour d'un secteur de rattachement d'un collège (afin d'atteindre les 10 élèves pouvant être accompagnés).

Les professionnels saluent l'intérêt d'une expertise médico-sociale dans les établissements. Ils pointent cependant une vigilance : les PAS ne peuvent **pas se substituer au manque de place dans les**

**IME/SESSAD.** Ainsi, les difficultés qui persistent dans des écoles sont liées à des situations dans lesquels le PAS n'est pas la solution adaptée au besoin de l'enfant (en attente de place en IME).

### **Les Equipes Mobiles d'Appui médico-social à la Scolarisation (EMAS)**

Les équipes mobiles d'appui médico-social apportent un soutien et une expertise aux équipes pédagogiques de tous les établissements scolaires (de l'école au lycée) pour améliorer le parcours scolaire des jeunes en situation de handicap. Pluriprofessionnelles (secteur social et médico-social), elles doivent sécuriser les parcours des élèves en proposant un soutien aux professionnels de la communauté éducative (apport d'expertise et de ressources). Elles ne se substituent donc pas aux accompagnements individuels ni aux structures de prises en charge existantes. Elles s'appuient sur les ressources disponibles au sein des ESMS du territoire.

Neuf EMAS ont été déployées depuis la mise en place des deux EMAS préfiguratrices en juin 2019. Elles couvrent tous les départements de la région. Le financement annuel est porté à hauteur de 2,4 millions d'euros pour l'ensemble de la région. La zone d'intervention des EMAS prend en compte le périmètre des réseaux d'éducation, afin de favoriser l'efficacité des articulations entre les acteurs Education nationale et les EMAS.

Les acteurs rencontrés ont souligné l'intérêt de l'accompagnement par les EMAS pour des enseignants **peu formés à l'accompagnement d'enfants en situation de handicap**. Elles jouent dès lors un rôle pour **temporiser, rassurer et pacifier des situations problématiques**.

Selon les acteurs, les équipes ont particulièrement bien fonctionné en élémentaire. Pour le secondaire, l'EN rappelle que les enseignants disposent de moins de temps collectif pour discuter sur le métier et la posture de professeur et qu'il n'existe pas de financement d'heures supplémentaires pour cela. Cela peut expliquer une implantation plus lente de ces dispositifs, alors même que le collège concentre les besoins et les difficultés.

## **5.2.4 Des points de rupture dans les parcours principalement dans les interstices entre cycles**

Malgré l'intérêt de ces différentes réponses et de leur capacité à couvrir des besoins spécifiques, les professionnels mentionnent quelques vides dans l'offre disponible qui peuvent engendrer soit des « voies sans issue » soit un risque de fonctionnement en « filière » (pour les TSA en particulier).

Comme indiqué, les professionnels constatent que la sortie d'UEMA / UEEA en scolarisation individuelle reste rare. La **sortie se fait un peu plus souvent vers une ULIS, mais plus souvent encore vers un IME et donc une sortie du milieu ordinaire**. Les besoins d'étayage restent encore importants à l'issue de chaque cycle, qui ne permet pas d'inscrire la prise en charge dans une continuité et de répondre aux besoins des enfants, même si les dispositifs sont pertinents dans l'absolu.

Plus généralement, les professionnels font le constat d'un **point de rupture majeur à l'entrée au collège et surtout à l'entrée au lycée. Cela génère des sorties du milieu ordinaire** pour des enfants qui ont parfois toujours bénéficié d'une scolarité inclusive. Le lycée est globalement jugé peu accessible pour les enfants porteurs de handicap, du point de vue des **capacités cognitives attendues, du niveau requis pour les apprentissages et au regard de la posture de l'élève**. C'est également le cas des ULIS-lycée considérées comme inaccessibles à un grand nombre d'enfants.

Un raisonnement similaire est porté par l'Education nationale sur la « **capacité à être collégien** » qui s'avère excluante pour certains enfants (changement d'environnement, moindre stabilité du programme, besoin d'autonomie plus grande) sans compter le passage à l'adolescence et l'intégration dans un collectif. Pour ces différentes raisons, un certain nombre d'enfants ne trouvent donc plus de place en scolarisation ordinaire à leur entrée au collège.

Ceci est corroboré par les données des enquêtes de scolarisation et **l'augmentation forte des enfants de 16 ans et plus dans les effectifs des OG** (voir les données de scolarisation des 16 ans et plus au paragraphe 5.2.1). Pour ces enfants, pour lesquels la scolarisation n'est plus obligatoire, les OG mentionnent le besoin de poursuivre le développement de solutions de formation professionnelle (axée sur les compétences), avec l'externalisation des IMPro qui peut être assurée en milieu ordinaire et préparer une orientation vers un ESAT.

Enfin, la prise en charge de plus en plus généraliste au sein des OG permet de couvrir assez largement les besoins pour les différents types de handicap, du point de vue des acteurs. Les professionnels mentionnent toutefois que **certaines situations complexes** peuvent générer des difficultés persistantes. Il s'agit en particulier des enfants porteurs de « multi-handicaps » ou encore des enfants cumulant des problématiques sociales, familiales et sanitaires (dont les enfants pris en charge au titre de l'ASE par exemple). Pour ces enfants, il peut être difficile de trouver le bon levier à activer : le cumul de difficultés (notamment sanitaires) fait qu'ils ne peuvent entrer dans aucun dispositif.

Enfin, les professionnels de l'Education nationale indiquent se trouver confrontés à des difficultés pour les enfants **présentant des troubles de l'apprentissage ou des troubles du comportement, mais ne relevant pas du champ du handicap** (les dispositifs types EMAS, voir PAS, peuvent constituer un soutien pour ce type de situation, même s'ils ne sont pas mobilisés pour cela).

## 5.2.5 Des processus et des méthodes qui peuvent expliquer des résultats variables entre territoires

### Des méthodes plus ou moins « intégrées » de gestion des listes d'attente

Dans les trois territoires, les acteurs déploient des **méthodes de gestion des listes d'attente différentes, plus ou moins structurées et faisant l'objet d'un partenariat plus ou moins poussé**.

En Côte-d'Or, la liste d'attente est **tendue « en temps réel » par la MDPH**. Elle comporte pour chaque enfant, les orientations proposées (principale, alternative) et son cumul de points au titre du système de priorisation. Les critères pour établir la priorisation ont été **validés collectivement y compris avec les OG** et intègrent les dimensions sanitaire, sociale, scolaire, ainsi qu'un critère d'ancienneté. Lorsqu'une place est libérée dans un OG (y compris en cours d'année), **la MDPH oriente le prochain enfant sur la liste au regard de ces critères**. Du point de vue des acteurs rencontrés, l'orientation MDPH est **suivie par les OG**. Par ailleurs, les acteurs anticipent le plus tôt possible des solutions alternatives (« plan B ») pour le cas où l'enfant ne pourrait pas accéder à la solution optimale (plan A). Les acteurs indiquent que cela permet aux parents d'anticiper leur rentrée très en amont. Un des parents rencontrés indique qu'au regard de l'orientation pressentie d'une orientation en IME, en l'absence de place en UEEA, elle a pu prendre contact avec l'IME concerné, identifier la manière dont son enfant serait accompagné et être rassurée et sécurisée vis-à-vis de l'orientation. Malgré ce fonctionnement relativement intégré, les OG rencontrés mentionnent que le délai entre le signalement d'une place disponible et l'attribution de la place à une famille est parfois très long.

Dans le Doubs, les acteurs évoquent une **tendue à jour « régulière » de la liste d'attente**. Celle-ci est également organisée à partir de **critères de priorisation des enfants, qui ont été définis conjointement par la MDPH, l'ARS et l'EN** (ancienneté, incapacité, absence d'alternative -ex plan B non satisfaisant-, adhésion de la famille et démarches réalisées). Les acteurs indiquent cependant que les acteurs institutionnels **peinent à disposer d'une vision précise des places disponibles dans les OG** (sorties et inclusion en cours d'année en particulier) leur permettant d'orienter au bon moment les « bons enfants ». Par ailleurs, l'orientation proposée par la MDPH n'est **pas systématiquement suivie**



**par les OG** qui peut disposer de sa propre liste d'attente (parents qui ont sollicité l'OG en direct) et de sa propre stratégie pour constituer les groupes et inclure les enfants.

En Saône-et-Loire, une **liste d'attente est partagée entre l'ARS et la MDPH, mais pas avec l'EN** qui fait valoir la nécessité de protéger des données sensibles et n'échange donc pas de données à caractère personnel avec ses partenaires institutionnels. La liste priorisée de la MDPH est constituée à partir de critères sanitaires, éducatifs et sociaux. Ceci permet d'identifier les enfants les plus en difficulté et **d'orienter la discussion avec les OG**. Les acteurs institutionnels soulignent toutefois que certains **établissements continuent à travailler hors liste prioritaire**.

### Des différences qui se retrouvent dans la méthode de gestion des crédits non reconductibles

Ces différences dans la gestion des listes d'attente **convergent avec les différences de stratégie pour la mobilisation des crédits non reconductibles** (CNR) pour la rentrée 2021. En effet, dans la continuité de l'instruction du 5 mai 2021<sup>20</sup> relative au développement des solutions de scolarisation inclusive en vue de la rentrée 2021, l'ARS a initié une démarche partenariale avec l'Education nationale et les MDPH pour identifier les enfants et les jeunes sans réponse médico-sociale adaptée et présentant un risque de rupture scolaire. Ce travail reposait sur l'évaluation des besoins et la sollicitation des gestionnaires médico-sociaux pour développer des réponses adaptées. Ceci a donné lieu à un financement par CNR à hauteur de 6M € pour 421 jeunes à la rentrée scolaire 2021.

Ce travail s'est appuyé sur deux étapes :

- établir une cartographie recensant les demandes d'accompagnement d'élèves non satisfaites (faute de place) et repérer les situations sans solution ;
- mobiliser les acteurs pouvant contribuer à la construction de solutions d'accompagnement des enfants en attente de scolarisation, dont les professionnels de l'éducation et les parents d'élèves.

Compte tenu du court délai pour la mise en application de ces objectifs, l'instruction a accordé une dérogation aux établissements et services pour étendre leur capacité d'accueil : jusqu'à 150% de leur capacité d'accueil et possibilité d'intégrer des personnes ne relevant pas de leur zone d'intervention autorisée.

Les données de l'ARS mettent en évidence des **situations très hétérogènes d'un territoire à l'autre** du point de vue du nombre d'enfants concernés (Figure 11). Au-delà des différences de situations dans les territoires (du point de vue du nombre d'enfants avec une orientation MDPH et du degré de saturation de l'offre), les échanges avec les acteurs ont mis en évidence des **différences de comptabilisation des enfants** (différences de définition). Ainsi, en Côte-d'Or, les acteurs ont comptabilisé 26 enfants qui ne pourraient pas accéder au plan B. Dans le Doubs, les acteurs ont comptabilisé tous les enfants pour lesquels un plan B a été mobilisé dans l'année et pour lesquels cette solution alternative risque de « ne pas tenir ». En Saône-et-Loire, les acteurs ont identifié les enfants en attente d'un accompagnement médico-social, à partir des remontées de l'Education nationale. L'échange avec les OG a permis d'identifier 214 enfants pour lesquels une solution pourrait être trouvée.

---

<sup>20</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.9.sante.pdf>

**Figure 11 – Enfants sans solution adaptée et en risque de rupture scolaire pour lesquels des CNR ont été mobilisés – et solutions mise en œuvre (rentrée 2021)**

	Nombre de jeunes accompagnés	SESSAD	Equipes mobiles	PCPE	Dispositifs
Côte-d'Or	26	24			2
Doubs	115	104			11
Jura	40	14		10	16
Nièvre	1				1
Haute-Saône	13	2			11
Saône-et-Loire	214	89	96	9	20
Yonne	5				5
Territoire de Belfort	7				7
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>	<b>233</b>	<b>96</b>	<b>19</b>	<b>73</b>

Source : Planète Publique, à partir des données ARS

### Plusieurs bonnes pratiques ou facteurs facilitants

Au regard des fonctionnements différents entre les trois territoires étudiés, plusieurs facteurs sont recensés comme pouvant faciliter la gestion des listes d'attente et la fluidité des orientations / entrées d'enfants.

En premier lieu, les acteurs mentionnent **la qualité du dialogue entre les acteurs institutionnels et les OG**. Il peut être facilité par un travail ancien de contractualisation (dans le cadre des CPOM ARS / OG en particulier) et par ainsi que par la **construction collégiale des solutions** vers l'externalisation (accompagnement, écoute, travail de négociation...) et plus généralement l'inscription dans le temps long.

Du point de vue des modes d'organisation plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées, telles que :

- **la transparence et le partage des critères d'affectation** (sur la priorisation des enfants, sur le fonctionnement des dispositifs...);
- le niveau de **réactivité des outils et la transparence de l'information** sur les mouvements des places ;
- la **capacité d'anticipation** de différentes solutions pour les enfants (plan A, plan B voire plan C) suffisamment tôt dans l'année pour éviter le besoin de trouver des solutions en urgence, au début de l'été quand les personnels sont moins disponibles ;
- la **réflexivité sur les situations non satisfaites ou non satisfaisantes** qui permet d'identifier les offres à renforcer ;
- le **portage institutionnel** (en particulier EN) pour la mise à disposition des enseignants et pour l'ouverture de classes.

### Une tension sur les places qui pèse sur la capacité à inclure précocement

Les acteurs identifient une problématique majeure, commune dans les 3 départements, d'embolisation **des places en IME par des jeunes adultes** (relevant de l'amendement Creton) et du fait d'un déficit de places en secteur adulte. Cette situation tend à bloquer l'inclusion des enfants plus jeunes et limite la capacité à inclure de manière précoce. En effet, la gestion des listes d'attente donne une **priorité aux familles qui sont en attente depuis plus longtemps** (parmi d'autres critères), ce qui implique une entrée plus tardive des enfants (à noter à cet égard la stratégie d'inclusion en UEMA en Saône-et-Loire qui privilégie l'entrée précoce, cf. 0). Ceci est en outre renforcé par une sortie des enfants du milieu ordinaire à partir de 16 ans, avec des jeunes qu'il sera difficile de « faire sortir » de l'IME. On note que dans un territoire, les acteurs institutionnels souhaitent que les sorties soient priorisées sur les enfants pour lesquels le CNR est mobilisé, tandis que pour les OG, l'enjeu est en priorité de faire sortir les jeunes « Creton ».

La gestion des listes d'attente s'inscrit dans une **logique de « gestion de la rareté »** (dans des situations plus ou moins en tension en fonction des établissements et territoires). Elle conduit du point de vue des acteurs à proposer trop souvent la solution la « moins inadaptée », ce qui engendre des pertes de chances.

#### 5.2.6 Un objectif de 80 % de scolarisation en milieu ordinaire qui paraît difficilement atteignable

##### Des partenaires volontaires pour progresser, mais dubitatifs sur le réalisme de l'objectif chiffré

Les acteurs rencontrés ont unanimement fait part de leur volonté de **continuer à maximiser la scolarisation en milieu ordinaire**. Comme indiqué précédemment, ils partagent la conviction de son intérêt pour les enfants et identifient quelques marges de manœuvre pour cela. Celles-ci s'inscrivent toutefois plutôt dans une **logique de continuité** (quelques UE restant à externaliser, quelques ULIS à créer). Dans ces conditions, la **finalité de 80% paraît très ambitieuse au regard du chemin déjà parcouru, des efforts et du travail engagé et considérant le peu de marges de manœuvre restantes identifiées**.

L'objectif pose par ailleurs des questions, démontrant une **appropriation inégale et une compréhension différente de la finalité**. En premier lieu, le public sur lequel porte le ratio n'est pas compris par tous les acteurs de la même manière (enfants en situation de handicap, enfants disposant d'une orientation MDPH, enfants accueillis en IME). En fonction du dénominateur choisi, l'ambition de 80% paraît plus ou moins atteignable.

Ceci amène un questionnement, en particulier pour les acteurs de l'Education nationale, sur **l'intérêt d'un objectif quantitatif au regard des conséquences sur la qualité de la scolarité**. Plusieurs enjeux sont mentionnés comme le **temps de scolarisation** (une scolarisation de quelques heures en milieu ordinaire, est-elle vraiment utile ?), du **degré d'interaction avec l'enseignement ordinaire** (la scolarisation en UEE qui se ferait en circuit fermé sans intégration dans les classes ordinaire a-t-elle un intérêt ?) et plus généralement du **degré d'inclusion dans la vie de l'établissement** (quelle participation à la vie de l'établissement, en dehors du temps de classe ?). Certains parents rencontrés ont effectivement fait part d'une mixité hétérogène entre les classes spécialisées (UEE ou UEMA / UEEA) vis-à-vis des enfants des classes ordinaires. La nécessité de travailler sur des temps de partage et de rencontre est soulignée par les parents (activité physique, restauration).

En filigrane, l'objectif peut venir questionner une culture professionnelle de l'Education nationale, forcément **vigilante à la capacité d'apprentissage des enfants au regard du niveau scolaire attendu ou à leur capacité d'adaptation à la « posture de l'élève »**.

Enfin, les acteurs mentionnent que certains parents peuvent exprimer une difficulté à envisager une scolarisation en milieu ordinaire au regard des difficultés qu'ils ont connu tout au long de leur parcours (difficulté à « lâcher » une place longtemps attendue en IME, craintes vis-à-vis de la capacité du milieu ordinaire à accueillir leur enfant). Ces craintes vis-à-vis du retour en milieu ordinaire sont effectivement exprimées par certains parents rencontrés, en particulier quand ils ont vécu des expériences difficiles à l'école.

**Plus généralement, des difficultés matérielles, structurelles ou organisationnelles pour poursuivre l'inclusion dans le milieu ordinaire**

Si les partenaires ne font pas état d'opposition de principe à la poursuite de l'objectif, ils mentionnent des **difficultés matérielles, structurelles et organisationnelles** qui peuvent le freiner.

La première difficulté est celle de la **disponibilité des locaux dans les établissements scolaires** pour accueillir les UEE. Les acteurs indiquent à cet égard, que les constructions neuves comme les rénovations des établissements ne tiennent pas suffisamment compte des enjeux d'accessibilité (autre que liée au handicap moteur) et d'accueil de l'éducation spécialisée.

De manière plus organisationnelle, la **structuration du secteur médico-social et la qualité de la relation avec les acteurs institutionnels** peut être plus ou moins facilitante. Les petits OG n'ont pas toujours la taille critique suffisante pour assurer la fluidité entre différentes formes d'accompagnement. A l'inverse, les acteurs institutionnels indiquent que des OG trop grands, peuvent être en situation de « force » et limiter la capacité de levier des institutionnels pour instaurer le changement de pratique. Enfin, plus généralement, la saturation de l'offre peut conduire à positionner les OG dans une situation de « choisir » les enfants qu'ils accueillent, limitant là encore, le levier exercé par les acteurs institutionnels.

Sur un plan démographique, les zones peu denses rencontrent **plus de difficulté à organiser des réponses collectives** pour la scolarité inclusive dans l'ensemble du territoire. La personnalisation / modularité des réponses peut en outre générer une perte en « rationalisation » des ressources, encore plus forte dans ces zones (du fait des distances et du temps de transport).

### 5.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

	Question évaluative	Points clés de la réponse
Résultats obtenus	A quoi tiennent les différences de résultats entre les territoires, en particulier en matière d'établissement et de gestion des listes d'attente des MDPH ? Ces différences peuvent-elles être expliquées par des méthodes de travail différentes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les listes d'attente sont tenues à jour « en temps réel » dans le 21, « régulièrement » dans le 25. Dans le 71, la liste EN n'est pas partagée avec la liste MDPH/ARS (pas de partage de données personnelles / identifiantes).</li> <li>- En 21, l'orientation est faite par la MDPH et suivie par les OG. L'orientation est plus négociée entre acteurs institutionnels et OG en 25 et 71. Dans les deux cas, le degré de saturation donne des marges de manœuvre aux OG pour « choisir » les enfants.</li> <li>- Les institutionnels indiquent ne pas avoir toujours suffisamment de visibilité sur les entrées / sortie en cours d'année pour favoriser l'inclusion d'enfant (pas de recours à ViaTrajectoire).</li> <li>- Les différences ne semblent pas liées à la différence entre les méthodes de travail sur les listes d'attente. Elles sont liées à des facteurs structurels</li> </ul>

Question évaluative	Points clés de la réponse
<p>En quoi les actions mises en œuvre ont-elles permis d'apporter plus de réponses, plus personnalisées aux enfants en situation de handicap, pour la poursuite de leur parcours de scolarisation à l'école ? Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? L'offre existante permet-elle de réduire les risques de rupture dans le parcours des enfants et jeunes en situation de handicap ?</p>	<p>et organisationnels (typologie de territoire, saturation de l'offre, importance de la demande, ancienneté du travail de transition).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les nouveaux dispositifs sont satisfaisants du point de vue des acteurs et l'intérêt d'une transition vers le fonctionnement en dispositif est partagé. Leur plus-value pour maintenir les enfants en milieu ordinaire est saluée.</li> <li>- Les acteurs mettent en garde vis-à-vis de la personnalisation / modularisation et la multiplication des dispositifs (parcellisation, saucissonnage).</li> <li>- Des ruptures existent à chaque changement de cycle et en particulier à l'entrée au lycée et dans une moindre mesure à l'entrée au collège.</li> <li>- Les situations complexes et les multi-handicaps constituent des situations pour lesquels des besoins persistent (des enfants qui n'accèdent à aucun dispositif).</li> </ul>
<p>Comment peut-on continuer à avancer vers l'objectif de scolarisation en milieu ordinaire de enfants et adolescents accompagnés en ESMS, fixé à 80% en 2023 ? Au regard des besoins quantitatifs et qualitatifs qu'il reste à couvrir, que faut-il réactiver ou activer pour aller vers cet objectif dans 5 ans ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La scolarisation en milieu ordinaire progresse entre 2018 et 2021 et atteint 39 % des enfants accueillis en février 2021 et 53 % des enfants accueillis de moins de 16 ans.</li> <li>- Elle varie de 22 % des enfants accueillis dans le Jura jusqu'à 60 % dans la Nièvre. Elle a mieux progressé sur la période dans les territoires qui « partaient de plus loin ». Les acteurs expriment un sentiment de plateau, voire de plafond sur la capacité à poursuivre l'inclusion scolaire, même si l'ambition de la maximiser est partagée.</li> <li>- Les marges de manœuvre identifiées semblent insuffisantes (niches) au regard de ce qui a déjà été fait et de l'éloignement de l'atteinte de l'objectif.</li> <li>- Les acteurs expriment un point de vigilance pour ne pas privilégier le quantitatif à tout prix, au détriment d'une qualité insuffisante de l'inclusion (reconstitution des IME dans les écoles).</li> <li>- Les dispositifs permettant la mise à disposition de l'expertise au sein du milieu ordinaire semblent une voie d'avenir pour les acteurs. Ils permettent de limiter le réflexe d'orientation vers le médico-social, favorisent des montées en compétence et le maintien en milieu ordinaire.</li> <li>- Les acteurs mentionnent qu'ils ne sont pas adaptés pour tous les enfants et ne doivent pas se substituer à un accompagnement en IME / SESSAD.</li> </ul>
<p><b>Appropriation</b> Les partenaires de l'ARS mobilisés pour l'inclusion scolaire (EN, MDPH, CD, OG et ESMS) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les partenaires partagent la finalité du PRS, même s'ils sont dubitatifs sur le réalisme de l'objectif chiffré.</li> <li>- Ils ont contribué à sa poursuite par l'ouverture de classes (EN), par leur transformation (OG).</li> </ul>

## 6. Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)

---

### 6.1 Questionnement et méthode pour l'évaluation

Le questionnement évaluatif, formulé à la suite des entretiens de cadrage avec les pilotes régionaux du dispositif, est articulé autour de 5 questions évaluatives :

1. Comment les EMG sont-elles mobilisées / utilisées par les acteurs dans les différents territoires ? Si celles-ci sont peu mobilisées, quelles en sont les raisons ? Quels sont les facteurs facilitants ou les difficultés rencontrées ?
2. Dans quelle mesure le déploiement des EMG dans les lieux de vie permet-il de réduire le recours aux urgences et à l'hospitalisation des personnes âgées et d'améliorer leur orientation dans la filière ?
3. Quel est le niveau d'articulation entre les EMG et les autres structures d'appui et établissements de soins qui interviennent dans la filière gérontologique sur le territoire (notamment les hôpitaux de proximité et les DAC) ?
4. Quels sont les effets des échanges et de la formation des professionnels sur le niveau d'appropriation et de connaissance du dispositif ainsi que sur les pratiques des professionnels des ESMS, des acteurs du premier recours (médecin traitant, IDE, CPTS) et des services de maintien à domicile (HAD) ? Une culture gérontologique commune a-t-elle pu émerger suite à ce déploiement ?
5. Les partenaires de l'ARS mobilisés pour le déploiement de l'expertise gérontologique connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?

La collecte a été réalisée avec une approche territoriale, dans les départements du Doubs, du Jura et de l'Yonne. Ces territoires concernent les EMG suivantes

- l'EMG du CHU de Besançon (Doubs)
- l'EMG du CH de Pontarlier (Doubs)
- l'EMG du CH de Dole (Jura)
- l'EMG du CH Jura-Sud à Lons-le-Saunier (Jura)
- l'EMG du CH d'Auxerre (Yonne)
- l'EMG du CH de Joigny (Yonne)
- l'EMG du CH de Sens (Yonne)

Pour répondre à ces questions évaluatives, 8 personnes au total ont pu être rencontrées dans le cadre de :

- Un entretien individuel avec les représentants de la CPTS du Haut Doubs Forestier
- Un entretien individuel avec les représentants du DAC Franche-Comté
- Un entretien collectif avec les représentantes de l'EHPAD du Val de Loue

- Un entretien individuel avec le représentant de l'EHPAD de Pont sur Yonne
- Un entretien individuel avec le représentant de l'HAD Comtoise

Les entretiens individuels avec les représentants de l'USLD Avanne-Aveney et de l'HAD de Joigny n'ont pu être tenus. Par ailleurs, parmi les acteurs entendus, seuls les représentants de l'EHPAD de Pont sur Yonne et les professionnels de la CPTS sollicitent directement l'EMG, les autres acteurs étant des partenaires des EMG (EHPAD Val de Loue, DAC Franche-Comté) ou bien des acteurs du domicile qui ont recours à une expertise gériatrique directement par détachement d'un gériatre de l'hôpital (HAD Comtoise). Au regard des difficultés à mobiliser les professionnels pendant la période estivale et des spécificités liées à l'organisation de la filière sur les territoire inclus dans le périmètre de l'évaluation, des précautions méthodologiques sont ainsi à prendre en compte dans la lecture des éléments présentés dans cette monographie.

Les représentants des équipes mobiles ont été par ailleurs rencontrés dans le cadre de travaux menés par Mme FAURE et Mme SEGAUT, dans le cadre du bilan d'activité des EMG, réalisé par l'ARS. Afin d'assurer la complémentarité des deux démarches, des échanges ont été organisés avec Mme SEGAUT et Mme FAURE dès le démarrage des travaux d'évaluation. L'un de ces échanges (EMG de Sens), a pu être réalisé conjointement et une restitution des résultats de ce bilan a pu être organisé à la mi-juin 2022.

Les données collectées ont par ailleurs été complétées par l'analyse de la documentation mise à disposition par l'équipe. L'ensemble des sources est présenté en annexe.

## 6.2 Enseignements généraux sur le dispositif

### 6.2.1 Un dispositif pertinent qui répond à un réel besoin dans les territoires du Doubs, de l'Yonne et du Jura

Selon les travaux de bilans d'activité menés par l'ARS, les EMG déployées sur l'ensemble du territoire régional rassemblent au total environ 80 professionnels pour une file active<sup>21</sup> moyenne de 636 patients, principalement âgés de 85 ans et plus.

Les territoires des départements du Doubs, du Jura et de l'Yonne sont couverts par un total de 7 équipes mobiles de gériatrie. Les données concernant les effectifs et les files actives de chaque EMG, issues des bilans d'activité réalisés par l'ARS en 2022 et des rapports d'activités transmis par les EMG, ont été synthétisées dans le tableau ci-dessous. Le nombre de professionnels inclut les secrétaires.

**Figure 1 – Files actives et effectifs des EMG sur le territoire d'analyse**

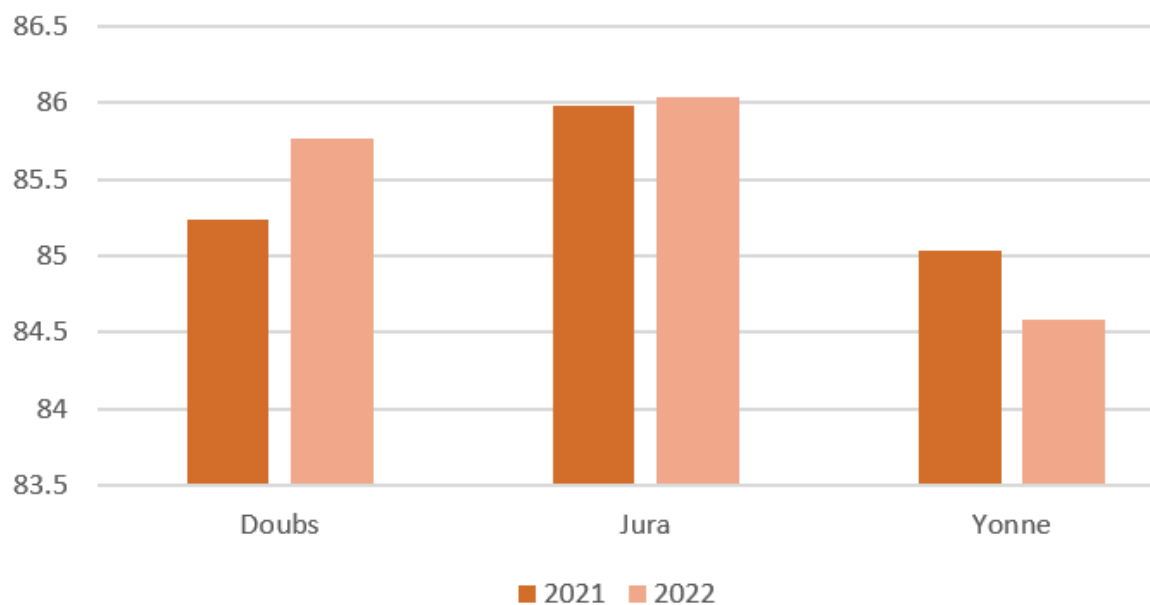
	EMG CH Besançon (données 2021)	EMG CH Pontarlier (données 2020)	EMG CH de Dole (données 2021)	EMG CH Jura-Sud (données 2021)	EMG CH Auxerre (données 2021)	EMG CH Joigny (données 2018)	EMG CH de Sens (données 2022)	TOTAL
<b>File active</b>	929	613	336	937	657	188	730	4390 (627 en moyenne)
<b>Effectifs</b>	8,3 ETP 5 professionnels	5,15 ETP 7 professionnels	2,55 ETP 5 professionnels	4 ETP 7 professionnels	3 ETP 3 professionnels	2,7 ETP 6 professionnels	2,8 ETP 4 professionnels	28,5 ETP (4 en moyenne) 37 professionnels (5 en moyenne dont 1 secrétaire)

<sup>21</sup> Conformément aux rapports d'activités transmis par les EMG, la file active désigne ici le nombre de patients différents ayant bénéficié de l'EMG pendant l'année



Dans le territoire des trois départements, l'âge d'entrée en EHPAD oscille en 2022<sup>22</sup> entre 84,5 ans dans l'Yonne à un peu plus de 86 ans dans le Jura :

**Figure 2 – Âge moyen d'entrée en EHPAD par département**



Source : ARS, juin 2022

Comme l'indique le graphique ci-dessus, cet âge moyen d'entrée en EHPAD augmente fortement dans le département du Doubs et dans une moindre mesure dans le Jura entre 2021 et 2022 tandis que celui-ci baisse dans le département de l'Yonne.

Afin d'apporter une expertise globale sur les situations complexes qui peuvent être rencontrées dans la prise en charge des sujets âgés, les EMG déployées dans les trois départements sont dotées d'effectifs pluridisciplinaires qui incluent principalement des médecins gériatres, des infirmiers, des assistantes sociales et des secrétaires. Elles peuvent également mobiliser, selon l'offre de professionnels présente sur le territoire, des psychologues et des ergothérapeutes.

Les acteurs du territoire entendus soulignent l'importance de ces dispositifs pour leur apporter l'appui nécessaire dans la prise en charge des sujets âgés. En effet ces derniers se retrouvent souvent démunis face à des situations complexes qui mêlent problématiques médicales liées à des polyopathologies, et problématiques psychosociales avec la question de l'isolement et du maintien à domicile. Les professionnels disent apprécier d'avoir accès à une équipe pluridisciplinaire pour leur apporter des conseils spécialisés et adaptés à la situation de leurs patients. Ainsi, selon le bilan d'activité réalisé par l'ARS et les entretiens, les EMG sont principalement sollicitées, tant en intra-hospitalier qu'en extrahospitalier pour des situations complexes liées à des troubles neurocognitifs ou

<sup>22</sup> Données partielles

psycho-comportementaux chez le patient, l'organisation des sorties d'hospitalisation, la prévention des chutes et l'accompagnement de la fin de vie.

### 6.2.2 Un déploiement confronté à des obstacles dans certains territoires en partie liés à des effectifs réduits

Ces équipes sont caractérisées par une forte hétérogénéité en termes d'effectifs, de pratiques et de modalités d'organisation, en fonction de leur centre hospitalier de rattachement. Ainsi, les effectifs dédiés à l'EMG peuvent varier de 8,3 ETP toutes professions confondues (CHU de Besançon) à 2,5 ETP). Cette variation en termes d'effectif peut influencer selon les acteurs sur le déploiement et les modalités d'intervention des différentes EMG. La plupart des EMG analysées fonctionnent selon des effectifs réduits, et les compte-rendus des entretiens menés dans le cadre des bilans d'activité des EMG en 2022, mettent en lumière des difficultés de recrutement de professionnels ce qui peut présenter une difficulté dans l'organisation du déploiement de leurs missions. Toutefois parmi les 7 EMG des 3 territoires analysés, une seule EMG, mise en place dans le Jura, n'a pas été encore été déployée en secteur extrahospitalier, c'est-à-dire sur les lieux de vie des patients (établissements médico-sociaux, domicile). Les représentants de cette dernière indiquent néanmoins avoir pour projet d'initier ce déploiement extrahospitalier en 2022.

Sur le territoire des trois départements, l'intervention des EMG passe dans un premier temps par des évaluations. Elles sont parfois réalisées sur la base de grilles d'évaluation mais l'utilisation d'une grille n'est pas systématique, selon les données du bilan d'activité réalisé par l'ARS. Celles-ci peuvent avoir lieu sur place dans les services hospitalier ainsi que sur le lieu de vie du patient. Selon les acteurs entendus, et selon le bilan d'activité réalisé par l'ARS, les évaluations sont menées d'une part par un binôme de professionnels, c'est à dire un médecin gériatre ainsi qu'un autre professionnel (IDE, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale...) selon la situation. D'autre part, des partenaires externes à l'EMG peuvent également être mobilisés : le DAC pour des visites communes, le service de rhumatologie, les réseaux de de soins palliatifs (cf. réseau OPALE) ou d'autres équipes mobiles (soins palliatifs, psychiatrie) pour avoir une expertise complémentaire. Toutefois, le nombre limité des effectifs dans la plupart des EMG analysées (en particulier dans l'Yonne et dans le Jura), et notamment des médecins gériatres, conduit à une réalisation par le gériatre des entretiens à distance par téléphone, ou par le déplacement d'une infirmière seule. Ce recours à des échanges à distance présente, selon les acteurs, une difficulté dans la mesure où l'évaluation en gériatrie réponds à un cahier des charge précis et nécessite une observation de l'environnement de vie du patient, notamment en cas de chutes du patient concerné. Ces échanges peuvent également s'avérer difficile à organiser auprès de patients qui présentent des troubles cognitifs ou psycho-comportementaux, alors que ces derniers représentent une grande partie des patients pour lesquels l'EMG intervient.

Afin de faciliter le déploiement de leurs interventions, toutes les EMG présentes sur le territoire analysé ont conduit des projets de télémédecine avec certains établissements médico-sociaux (EHPAD) situés sur leur territoire d'intervention. En dehors de l'EMG du CH Jura-Sud et du CH de Dole, les autres projets de télémédecine concernent des champs d'intervention restreints comme la dermatologie ou bien ont été peu concrétisés dans les faits (matériel déployé et non utilisé voire démantelé, par exemple). De manière générale, le recours à la télémédecine demeure relativement faible à ce stade de déploiement des EMG, les professionnels intervenant sur le lieu de vie des patients n'ayant pas appréhendé l'ensemble des apports de cet outil à ce stade, et notamment concernant l'optimisation des interventions des EMG. Selon les acteurs entendus, qu'ils soient professionnels d'EMG ou professionnels intervenant dans les lieux de vie des patients, la télémédecine est un outil difficile à déployer en première intention, de la même manière que pour les échanges par téléphone. En effet, le format de la téléconsultation et ses outils nécessaires peuvent être difficilement appréhendés par les

patients, en particulier ceux qui présentent des troubles cognitifs. La télémédecine pourrait néanmoins être intéressante selon eux pour assurer le suivi des recommandations faites à la suite de l'évaluation.

En dehors de l'effet du manque d'effectifs, une réflexion pourra également être portée sur les modalités d'organisation des EMG ainsi que sur leur capacité à être pro-actives dans la structuration et la amplification de leur activité extrahospitalière, notamment en allant à la rencontre et en communiquant avec leurs partenaires (professionnels de ville, ESMS et acteurs du domicile). D'autres opportunités sont également présentées par de nouvelles professions telles que les infirmières de pratique avancée, qui peuvent notamment, selon un protocole formalisé avec un médecin, évaluer des situations cliniques et intervenir sur l'ajustement d'un traitement de maladie chronique. Toutefois les premières promotions d'IPA ne sont arrivées sur le terrain qu'en 2021, celles-ci sont donc encore peu présentes sur les territoires (3 EMG envisagent d'en accueillir : CH Sens et Joigny dans le cadre du projet de la filière du GHT, CHU Besançon).

### 6.2.3 Un recours aux EMG à ce jour principalement concentré en milieu intrahospitalier

#### Des modalités de sollicitation plus nombreuses en milieu intrahospitalier

Les EMG sont principalement sollicitées par téléphone, via une ligne directe, mais aussi par des sollicitations par bon de consultation, mail, fax ou via des formulaires mis à disposition sur le logiciel de l'hôpital pour les sollicitations intrahospitalières. L'une des EMG dispose d'une ligne d'astreinte téléphonique dédiée aux EHPAD pour faciliter l'accès des ESMS à l'expertise gériatrique en dehors des horaires de l'équipe mobile. Pour les sollicitations intrahospitalières, certaines EMG effectuent également des visites régulières au sein des services (médecine, urgences, parfois chirurgie). Concernant les hotlines gériatriques, qui permettent notamment un accès direct à une hospitalisation en service de gériatrie sans passer par les urgences, celles-ci ne sont pas déployées dans tous les établissements et lorsqu'elles existent, les EMG n'y sont pas systématiquement rattachées. Ainsi les EMG du CHU de Besançon, le CH Jura-Sud, et le CH de Sens sont rattachées à la hotline gériatrique dont dépend leur équipe. Ce rattachement est également en cours pour l'EMG du CH de Dole, dont la hotline a été créée pendant la crise sanitaire. Au contraire, l'EMG du CH de Joigny n'est à ce jour pas encore rattachée à la hotline mise en place par le GHT. Ce projet serait difficile à mettre en œuvre, selon les acteurs, en raison d'un faible effectif médical. Les modalités de sollicitation de l'EMG sont ainsi plus nombreuses en milieu intrahospitalier qu'en milieu extrahospitalier.

Les EMG peuvent être sollicitées par des professionnels des services hospitaliers ainsi que par les professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients sur leurs lieux de vie tels que les professionnels d'établissements médicosociaux, les professionnels de premier recours, professionnels intervenant au domicile des patients (HAD, SSIAD notamment) mais aussi parfois, les patients et leur entourage. Ces sollicitations peuvent avoir pour objet la demande de conseil ou d'informations, une aide à l'orientation dans la filière gériatrique ou bien des évaluations gériatriques, qui au regard des rapports d'activités réalisés par les EMG entre 2018 et 2021, constituent de manière générale une partie moindre des sollicitations.

Les acteurs et les données du bilan d'activité des EMG réalisé par l'ARS ainsi que les rapports d'activités des EMG indiquent une moindre sollicitation des EMG par des acteurs de l'extrahospitalier comparé à l'intrahospitalier. Cette variation est en premier lieu liée au fait que le déploiement des EMG en milieu extrahospitalier est relativement récent. En effet celui-ci, impulsé en partie par la crise sanitaire, a été entériné par l'instruction du 19 novembre 2021. Les EMG ont ainsi commencé à déployer leur activité extrahospitalière seulement depuis environ 1 an.

En dehors des EMG qui n'ont pas encore été déployées en extrahospitalier (EMG du CH de Dole) et de l'EMG dont l'activité extrahospitalière a été stoppée en 2020 du fait de la crise sanitaire (EMG du CH de Sens), les sollicitations extrahospitalières ont été principalement effectuées au domicile du patient. Par exemple, sur 1082 nouveaux patients sur lesquels l'EMG du CHU de Besançon a été sollicitée en 2021, 929 étaient des patients intrahospitaliers contre 153 en extrahospitalier<sup>23</sup>. Par ailleurs, sur 530 sollicitations de l'EMG de Joigny en 2018, 434 ont été effectuées en intrahospitalier contre 96 en extrahospitalier tandis sur 799 sollicitations faites à l'EMG du CH de Pontarlier, 486 ont été faites en 2020 par des acteurs en intrahospitalier contre 313 en extrahospitalier, dont 14 en EHPAD et 299 à domicile. Seul le bilan d'activité 2021 de l'EMG du CH d'Auxerre met en lumière une plus grande part de sollicitations en extrahospitaliers (805) comparé aux sollicitations en intrahospitalier (780)<sup>24</sup>. Selon les rapports d'activité diffusés par les EMG du territoire, les sollicitations intrahospitalières sont effectuées principalement par les professionnels des services de médecine, et dans une moindre mesure des services d'urgences et parfois de chirurgie. En extrahospitalier, ce sont davantage les médecins traitants qui sollicitent les EMG en ce qui concerne les patients à domicile, en dehors de l'une des EMG qui a comptabilisé une majorité de sollicitations réalisées par les patients et leur entourage en 2020 (lien potentiel avec la crise sanitaire).

### Un niveau de connaissance variable des EMG par les acteurs extrahospitaliers

Bien que certains professionnels des EMG notent une bonne visibilité de l'EMG et de leurs activités parmi les acteurs extrahospitaliers, les professionnels des établissements médico-sociaux et de l'HAD soulignent ne pas faire ou faire peu appel aux EMG. Les comptes-rendus des entretiens réalisés avec les EMG dans le cadre du bilan d'activité soulèvent également une moindre de sollicitation de ces acteurs. L'un des premiers éléments soulignés par les acteurs extrahospitaliers et les EMG est une méconnaissance du dispositif et de son champ de compétence. Selon les acteurs du DAC, la connaissance des équipes mobiles par les professionnels est initiée suite à l'hospitalisation de leurs patients ou bien par le recours aux EMG par des professionnels avec lesquels ils travaillent. Celles-ci ne sont pas encore suffisamment intervenues auprès des professionnels extrahospitaliers pour que ceux-ci soient familiers avec le périmètre de leurs compétences et leurs modalités interventions, en lien avec le développement récent (instruction novembre 2021) du déploiement extrahospitalier. Ces EMG n'ont également pas encore pu structurer de stratégie de communication et d'information pour faire connaître leurs missions et leurs activités par les professionnels du territoire. Enfin, certaines EMG ont fait l'objet d'une réorganisation récente, en intégrant par exemples d'autres équipes ou services qui intervenaient dans le champs de la gériatrie sur le territoire. Ces changements d'organisation ont ainsi pu avoir un effet sur la lisibilité du périmètre d'action des EMG concernées, pour les acteurs extrahospitaliers.

Par ailleurs, si la filière gériatrique est organisée de manière très différente d'un territoire à l'autre, elle est cependant composée d'une multiplicité d'acteurs dont le champ d'action et les compétences peuvent se confondre, se superposer ou se croiser. Ainsi, les réseaux de soins palliatifs, l'HAD ou bien les dispositifs d'appui à la coordination, dont la mission est d'organiser la prise en charge de situations complexes, et notamment pour les personnes âgées, en lieu et place des MAIA et des PTA, sont parfois davantage sollicitées ou davantage identifiées que les EMG par les acteurs extrahospitaliers. En outre, l'HAD Comtoise, qui intervient sur l'ensemble du territoire de l'ex-Franche-Comté ne fait pas appel aux EMG de son territoire d'action. En effet, celle-ci dispose d'un accès direct à l'expertise gériatrique, grâce au détachement d'un gériatre de l'un des centres hospitaliers. Enfin, les EHPAD semblent également

---

<sup>23</sup> Donnée par lieux de vie indisponible

<sup>24</sup> Du fait de données disponibles différentes (année de récolte de données, nombre de sollicitations, nombre de nouveaux patients) un graphique n'a pu être produit pour présenter les données des bilans d'activité de l'ensemble des EMG à titre comparatif.

peu solliciter les EMG. Selon les acteurs, cette faible sollicitation est liée à une méconnaissance du dispositif par les personnels, du fait de sessions d'information peu régulières auprès des personnels mais aussi car ces derniers bénéficient d'une expérience de la prise en charge de personnes âgées dépendantes, qui limite leur besoin de recours aux EMG.

### **Des conventions qui demeurent rares**

D'autre part, les EMG opèrent parfois selon des conventions signées avec des établissements médico-sociaux. L'un des objectifs de ces conventions est de faciliter l'accès aux EMG par les acteurs extrahospitaliers. Pour l'une d'entre-elles, la convention est un prérequis à l'intervention de l'EMG. Toutefois, ces conventions sont rares et même lorsqu'elles sont signées, celles-ci peuvent se limiter à leur dimension administrative et les acteurs sont peu familiers avec les dispositions qu'elles contiennent (ESMS). Dans la mesure où les conventions sont peu répandues sur le territoire analysé, leur impact sur la facilitation de l'accès des acteurs extrahospitaliers est à ce jour peu identifiable, au regard des données récoltées.

### **Des délais de réponse et un suivi des recommandations difficile à mettre en oeuvre qui constitue un frein au recours selon les acteurs**

Du fait d'un manque d'effectifs important, les acteurs soulignent une capacité limitée des EMG à apporter une réponse dans un délai suffisamment court à leurs sollicitations. Selon les représentants des équipes mobiles, les délais d'intervention en milieu extrahospitalier, peuvent varier d'une semaine à 15 jours, contre une intervention principalement dans la journée ou en quelques jours en milieu intrahospitalier. L'une des EMG rapporte un délai de trois semaines dans de rares cas. Ces délais incitent donc les acteurs à faire appel aux EMG seulement en dernier recours pour leur apporter un appui face à des situations complexes qui nécessitent parfois une intervention rapide, notamment dans le cas de sollicitations concernant des patients touchés par des troubles neurocognitifs ou psycho-comportementaux.

Par ailleurs, les modalités d'intervention des EMG en milieu extrahospitalier incluent des évaluations effectuées sur les lieux de vie des patients. Celles-ci donnent lieu à une série de recommandations qui visent à apporter une réponse à la situation pour laquelle l'EMG a été sollicitée. Or, dans la majorité des cas, le suivi des recommandations est assuré par les demandeurs eux-mêmes, en dehors de l'EMG de Sens qui assure un suivi des préconisations, ainsi que des visites de contrôle à 15 jours sur appel du patient ou des professionnels de son lieu de vie (cf. ESMS). L'une des EMG note également dans son rapport d'activité 2020, une trentaine de dossiers en suivi. En effet les EMG ont pour vocation d'intervenir de manière ponctuelle face à une situation donnée. Dans de rares cas un deuxième entretien de suivi a pu être effectué (ESMS) toutefois la forte activité des EMG ainsi que leurs effectifs réduits ne leur permettent pas d'assurer ce suivi. Selon les acteurs, cette situation peut conduire à des sollicitations répétées pour une même situation. De plus le démantèlement du matériel de téléconsultation dans ce même établissement, situé en zone rurale, constitue une limite, selon les acteurs rencontrés, à la mise en place d'une consultation de suivi qui doit ainsi nécessairement passer par une visite sur site.

## **6.2.4 Un niveau d'articulation entre les EMG et les autres structures d'appui et établissements en voie de construction**

Concernant l'articulation des équipes mobiles gériatriques avec les autres acteurs impliqués dans la prise en charge des patients pour lesquels elles sont sollicitées, il convient de distinguer les acteurs intrahospitaliers des acteurs extrahospitaliers.

### **Une articulation étroite établie avec les acteurs intrahospitaliers**

L'analyse des données qualitatives recueillies dans le cadre du bilan d'activité réalisé par l'ARS met en lumière une bonne articulation avec les acteurs intrahospitaliers, qui comprennent les professionnels des services (urgences, médecine et chirurgie) mais aussi ceux des autres équipes mobiles qui peuvent être déployées par le centre hospitalier, en particulier les équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que les équipes mobiles de psychiatrie. L'une des équipes mobiles travaille par ailleurs avec l'équipe mobile de réadaptation mais aussi avec les services de rhumatologie, qui viennent compléter son expertise. Selon les entretiens avec les établissements médicosociaux, lorsque l'EHPAD est intégrée au CH de référence de l'EMG, celui-ci participe également à la coordination organisée entre acteurs du champs de la gériatrie.

Cette articulation passe dans un premier temps par la structuration de visites régulières dans les services de l'hôpital qui permettent une meilleure compréhension des acteurs, des champs de compétences et des spécificités de chacun. Dans un deuxième temps, la collaboration et l'articulation entre l'EMG et les autres acteurs intrahospitaliers, est structurée grâce à la participation à des réunions communes avec les différents services où peuvent être hospitalisés leurs patients mais aussi avec les autres équipes mobiles. Enfin, cette articulation est renforcée par un partage d'information formalisé, entre les EMG et les autres acteurs intrahospitaliers. Celui-ci est facilité par l'utilisation d'un logiciel métier commun à l'hôpital pour la gestion des données patients. Les informations relatives à l'intervention des EMG sont ainsi accessibles par tous les professionnels ayant accès à cet outil. L'une des EMG a précisé que les données relatives à l'activité de l'EMG étaient renseignées dans un onglet dédié du dossier patient électronique.

Parmi les différentes EMG rencontrées dans le cadre des bilans annuels d'activité, seuls deux ont soulevé des difficultés de coordination avec d'autres acteurs hospitaliers, dont une EMG qui rencontre des difficultés de coordination avec l'équipe mobile de psychiatrie et une autre EMG qui souhaiterait améliorer ses liens et sa coordination avec les services d'urgences.

### **Une coordination généralement peu formalisée avec les acteurs extrahospitaliers**

Pour les EMG qui y sont déployées, l'articulation avec les acteurs du milieu extrahospitalier demeure à ce jour informelle. Ainsi, de manière générale sur les territoires des départements du Doubs, du Jura et de l'Yonne, le partage d'information et l'organisation de temps de rencontre sont à ce jour peu structurés entre les EMG, les professionnels de ville, les dispositifs d'appui à la coordination, les établissements médico-sociaux et les acteurs du domicile. Selon les représentants du DAC et des établissements médicosociaux entendus, actuellement, les dispositifs paraissent construits « les uns à côtés des autres » sans véritable articulation, avec parfois une confusion du périmètre des missions de chaque structure et en particulier entre le DAC, le CLIC, et les EMG, dans le cadre de l'appui aux situations complexes. Selon eux, les patients devraient dans l'idéal, passer d'un dispositif à l'autre sans le percevoir, grâce à un partage d'information et une coordination fluide entre les acteurs. Toutefois, la méconnaissance des champs de compétences des différents dispositifs et l'absence d'outils et d'instances de partage communes favorise des actions menées de manière isolée qui ne participent pas à la fluidification du parcours. En effet, selon les acteurs, les missions des EMG ne sont pas claires pour l'ensemble des professionnels, ce qui est favorisé par une absence d'information concernant leurs modalités de sollicitations, leurs activités et le bilan de leurs interventions. Ces acteurs, et en particulier le DAC souhaiteraient se positionner en tant que facilitateurs dans cette démarche d'articulation en travaillant à l'amélioration des liens avec l'EMG et de manière plus large avec le milieu intrahospitalier.

Toutefois au-delà du constat général, des nuances peuvent être apportées en analysant les niveaux d'articulation variables qui peuvent être notés entre les différents groupes d'acteurs.

### *Les professionnels de ville*

Dans un premier temps, le partage d'information et la coordination entre les EMG et les professionnels de ville sont souvent limités à la transmission d'un compte-rendu au médecin traitant. Ce compte-rendu, transmis par courrier ou par messagerie sécurisée, reprend les éléments de l'évaluation, les préconisations mais aussi une ordonnance le cas échéant. Aucun outil formalisé n'est à ce jour utilisé par la plupart des EMG, en dehors de celle rattachée au CHU de Besançon qui utilise la plateforme eTICSS dans le cadre du parcours autonomie de la personne âgée. Les professionnels de l'EMG du CH de Sens ont également évoqué l'utilisation d'eTICSS dans le futur pour renforcer et formaliser le partage d'information avec les professionnels de ville. Cependant, seule l'une des EMG signale qu'aucune communication ou partage d'information n'est formalisé sur leur territoire.

Lorsqu'une CPTS est présente sur le territoire, des collaborations sont mises en place avec les EMG et d'autres acteurs comme le DAC dans le cadre de la mission organisation des parcours. Ces collaborations peuvent prendre la forme de projets communs mais aussi de la diffusion d'outils partagés (diffusion et définition de motifs de recours à la hotline, utilisation d'eTICSS, plateforme de coordination de type « entr'actes») et par la formation commune de jeunes professionnels (accueil d'une IPA au sein de la CPTS). Selon les acteurs, les structures d'exercice coordonné représentent une opportunité pour renforcer les liens entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre tous les acteurs inclus dans la prise en charge des personnes âgées, par le biais de la participation aux instances de gouvernance de la CPTS, mais aussi à des groupes de travail et d'échanges de pratiques qui permettent de construire des stratégies communes pour la prise en charge des personnes âgées.

### *Les dispositifs d'appui à la coordination*

Les acteurs entendus mettent en lumière de solides habitudes de travail entre le DAC et les EMG, en particulier dans les territoires des départements situés en ex-région Franche-Comté, où le DAC a été mis en place plus tôt que dans les départements de l'ex-Bourgogne, comme dans l'Yonne où le DAC est en cours de structuration. Ainsi les EMG soulignent se solliciter mutuellement avec le DAC et participer à des réunions communes durant lesquelles le DAC intervient surtout sur des situations de retour à domicile sur sollicitation des gériatres, ou des services sociaux de l'hôpital. Ils organisent aussi parfois des visites à domicile communes. Ce travail en commun contribue, selon les acteurs, à construire au fil de l'eau, un rapport de confiance entre les acteurs et une coordination du parcours gériatrique. Néanmoins, tel qu'évoqué précédemment, des confusions persistent entre les champs de compétences des DAC et des EMG pour les acteurs qui les sollicitent et leurs partenaires. Ces derniers font ainsi appel au dispositif qu'ils connaissent le mieux et non celui dont l'action est la plus pertinente à ce moment donné du parcours du patient. Ainsi l'un des établissements médico-sociaux rencontrés sollicite davantage l'EMG face à une situation complexe car celle-ci appartient au même centre hospitalier, ou bien le cas échéant, les médecins traitants, les réseaux de santé (soins palliatif), l'HAD ou le service de psychiatrie, sans se tourner vers le DAC pour coordonner le parcours du patient.

### *Les établissements médicosociaux*

En dehors de rares conventions qui peuvent organiser l'articulation entre les EMG et les établissements médicosociaux tels que les EHPAD, la plupart de ces derniers soulignent être peu intégrés à la coordination du parcours gériatrique à échelle territoriale et déclarent faire rarement appel aux EMG, en dehors d'un dernier recours. Ainsi, en dehors de l'EMG du CHU de Besançon qui déclare travailler étroitement avec les EHPAD dans l'anticipation des retours d'hospitalisation et dans l'accompagnement de la fin de vie, et de l'EMG du CH d'Auxerre qui souligne un travail de collaboration étroite avec les EHPAD de son territoire dans son rapport d'activité, les établissements soulignent avoir peu d'échanges et peu de liens avec les EMG. Lorsque des échanges ont lieu, ceux-ci concernent principalement la transmission d'information des évaluations au médecin coordonnateur de l'EHPAD ou bien avec le médecin traitant le cas échéant. Dans le cas de l'un des EHPAD rencontrés, les liens avec l'EMG se font

en tant que partenaire dans le cas d'une orientation vers un hébergement temporaire ou permanent. Si des temps d'échanges ont pu être organisés par le passé à échelle territoriale par le centre hospitalier de référence pour organiser la coordination des services et notamment de l'EMG avec ses partenaires, celles-ci n'ont plus été organisées depuis quelques années. En outre, les établissements médico-sociaux utilisent des systèmes d'informations différents de ceux des professionnels de l'EMG, et des acteurs hospitaliers ce qui freine la transmission d'information.

#### *Les acteurs du domicile*

Enfin, les autres acteurs du domicile que constituent par exemple les HAD et les SSIAD entretiennent peu de liens formels avec les EMG, bien qu'une forte partie des sollicitations faites auprès des EMG en milieu extrahospitalier aient lieu au domicile, sur le territoire des 3 départements analysés.

De manière générale les HAD et les SSIAD sollicitent peu les EMG. Seule l'une des EMG du territoire analysé déclare entretenir une collaboration avec le SSIAD. Lorsque le médecin gériatre est mutualisé entre l'HAD et l'EMG, cela facilite néanmoins le recours à l'EMG par l'HAD et l'orientation vers l'HAD par l'EMG le cas échéant. Les HAD et les EMG participent parfois également à des staffs communs organisés au sein de leur centre hospitalier de rattachement.

### **Une culture gérontologique dont la diffusion est à poursuivre**

L'un des objectifs du déploiement des équipes mobiles de gériatrie est la diffusion d'une culture gérontologique aux acteurs non spécialistes impliqués dans la prise en charge du sujet âgé, pour accompagner leurs pratiques et fluidifier les parcours. Cette acculturation de l'ensemble des professionnels participant à l'organisation du parcours devrait passer par le biais des échanges réalisés dans le cadre des sollicitations faites à l'EMG mais aussi par le biais de sessions de formations thématiques et d'échanges de pratiques organisées de manière formalisée à échelle territoriale par les EMG. Or, selon les données qualitatives recueillies, en dehors des échanges avec les EMG, qui demeurent rares pour les acteurs extrahospitaliers, comme souligné dans les paragraphes précédents, les acteurs bénéficient rarement de temps de formations dédiés organisés par les EMG. Dans son rapport d'activité de 2021, l'EMG du CHU de Besançon indique néanmoins avoir organisé de nombreuses formations thématiques tant à destination des professionnels des services hospitaliers, que des étudiants (internes en médecine, étudiants infirmiers), et des professionnels de ville. Au vu des faibles sollicitations des acteurs extrahospitaliers, les échanges qui ont lieu pendant celles-ci ne permettent pas de favoriser une réelle appropriation des notions.

La tension sur les effectifs des EMG et l'intensité de leur activité évoquées précédemment présentent l'un des freins à l'organisation des formations et à la diffusion d'une culture gérontologique. Si ces temps ont pu être organisés par le passé sur des sujets tels que la dénutrition ou la déshydratation pendant l'expérimentation PAERPA, selon les acteurs, les EMG ne disposent aujourd'hui pas des ETP suffisants pour organiser ces temps et concentrent le temps de leurs professionnels sur les activités de conseil, d'évaluation et de préconisation. En dehors des professionnels de l'un des EHPAD rencontrés, qui souligne que l'EMG de son secteur organise des temps de formation, tous les acteurs extrahospitaliers entendus ont déclaré ne pas avoir eu connaissance de l'organisation de ces dernières sur leur territoire. La situation des acteurs intrahospitaliers est cependant différente, dans la mesure où ces derniers participent à des réunions entre services. Ils ont parfois accès à une grille de repérage diffusée au sein du centre hospitalier par l'EMG. Ainsi, en dehors de réunions de présentation organisées par les acteurs institutionnels dans les territoires, qui permettent aux acteurs extrahospitaliers de disposer de connaissances générales sur les missions et le fonctionnement des EMG, celles-ci sont insuffisantes pour faire émerger une véritable culture gérontologique et une connaissance fine du champs d'action des EMG parmi les acteurs du parcours de prise en charge des personnes âgées.



En dehors de la tension sur les effectifs des EMG comme frein à l'organisation des formations, une réflexion peut par ailleurs être menée concernant les modalités d'organisation internes aux EMG mais aussi sur l'adoption d'une posture pro-active des EMG pour diffuser les informations auprès de leurs partenaires extrahospitaliers concernant leurs champs d'action et ainsi renforcer la pertinence de leurs sollicitations. Toutefois, le déploiement des EMG en extrahospitalier étant encore récent à ce stade, certaines d'entre elles révèlent, dans les entretiens menés dans le cadre des bilans d'activités, n'avoir pas encore pu construire de stratégie de communication à destination de ces acteurs.

### **6.2.5 Un rôle d'orientation dans la filière à renforcer**

Le recours à l'EMG participe selon les acteurs à une meilleure orientation dans la filière vers les partenaires ainsi qu'à la proposition d'alternatives à l'hospitalisation pour les interventions menées en milieu extrahospitalier (ajustement thérapeutique, accueil de jour, par ex.). L'action des équipes mobiles en milieu extrahospitalier demeure cependant récente et celle-ci est confrontée à des freins, mentionnés dans les sections précédentes (manque d'effectifs, méconnaissance du périmètre des missions, faible recours des acteurs extrahospitaliers). Les acteurs extrahospitaliers entendus, et notamment les représentants d'EHPAD, soulignent que les EMG sont sollicitées en derniers recours, face à des situations persistantes qui leur posent des difficultés, et non en amont. Ainsi ces derniers ne sont pas certains que leur recours aux EMG s'inscrive réellement dans un objectif d'éviter les hospitalisations et les recours aux urgences pour leurs patients. Ils soulèvent davantage la nécessité pour eux de recevoir un appui des équipes mobiles pour optimiser les sorties d'hospitalisation.

Toutefois, les acteurs déclarent adhérer à l'objectif de constituer, à terme, un réseau de professionnels, par la création d'un espace de confiance et de collaboration dans le but de fluidifier les parcours des patients âgés et que chaque professionnel intervienne au bon moment de la prise en charge.

## 6.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	Comment les EMG sont-elles mobilisées / utilisées par les acteurs dans les différents territoires ? Si celles-ci sont peu mobilisées, quelles en sont les raisons ? Quels sont les facteurs facilitants ou les difficultés rencontrées ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une plus forte mobilisation des EMG en intra-hospitalier qu'en extrahospitalier</li> <li>- Des freins aux sollicitations présents pour les acteurs extrahospitaliers : déploiement récent, effectifs réduits des EMG, délais d'intervention, canaux de sollicitations moins nombreux qu'en intra-hospitalier, méconnaissance du dispositif et de ses missions</li> </ul>
	Dans quelle mesure le déploiement des EMG dans les lieux de vie permet-il d'améliorer leur orientation dans la filière ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un dispositif qui participe à une meilleure orientation dans la filière (alternatives proposées à l'hospitalisation)</li> <li>- Des limites à l'action des EMG qui favorisent les sollicitations en derniers recours et non en amont</li> <li>- Des professionnels qui adhèrent à l'objectif de constituer un réseau partenarial</li> </ul>
	Quel niveau d'articulation entre les EMG et les autres structures d'appui et établissements de soins qui interviennent dans la filière gérontologique sur le territoire (notamment les hôpitaux de proximité et les DAC) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une forte articulation entre les EMG et les services intra-hospitaliers (outils de partage d'information et temps d'échanges communs réguliers)</li> <li>- Des contacts peu formalisés avec les autres acteurs (DAC, professionnels de ville)</li> </ul>
	Quels sont les effets des échanges et de la formation des professionnels sur le niveau d'appropriation et de connaissance du dispositif ainsi que sur les pratiques des professionnels des ESMS, du premier recours (MT, IDE, CPTS) et des services de maintien à domicile (HAD) ? Une culture gérontologique commune a-t-elle pu émerger suite à ce déploiement ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une formation peu déployée sur les territoires analysés, notamment pour les acteurs extrahospitaliers du fait d'effectifs limités de la plupart des EMG, notamment avec les acteurs</li> <li>- Des contacts avec les acteurs extrahospitaliers trop ponctuels pour faire émerger une réelle appropriation d'une culture gérontologique</li> </ul>
Appropriation	Les partenaires de l'ARS mobilisés pour le déploiement de l'expertise gérontologique connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des acteurs qui adhèrent à l'objectif de maintien de l'autonomie et de la nécessité de constituer un réseau d'acteur pour fluidifier les parcours des personnes âgées et faire intervenir les bons acteurs au bon moment</li> <li>- Toutefois, des ressources allouées et des modalités d'organisation des EMG qui ne leur permettent pas à ce jour de participer à la réalisation de ces objectifs</li> </ul>

# 7. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

---

## 7.1 Questionnement et méthode pour l'évaluation

Le questionnement évaluatif, construit suite aux entretiens de cadrage réalisés avec les pilotes du dispositif, a été structuré autour de deux axes. Le premier axe traite des résultats obtenus suite au déploiement du dispositif ; il a été décliné en 5 questions évaluatives principales :

- Existe-t-il des disparités entre les territoires dans le déploiement des CPTS ? Quelles en sont les sources ?
- Comment les CPTS s'articulent-elles avec les autres dispositifs de coordination présents sur le territoire ? Leurs actions sont-elles complémentaires ?
- L'émergence des projets de CPTS et la définition des territoires par les professionnels eux-mêmes garantit-elle un maillage suffisant et pertinent du territoire au regard des objectifs de « ma santé 2022 » ? Dans quelle mesure les projets de santé des CPTS répondent-ils aux besoins et aux priorités identifiées dans les territoires et notamment à l'organisation du lien ville-hôpital (hôpitaux de proximité) ?
- Comment les CPTS organisent-elles la place des usagers dans leur fonctionnement ? Se dotent-elles de stratégies en la matière ?
- Le déploiement des CPTS a-t-il permis d'apporter une réponse aux difficultés d'accès aux soins et à l'organisation des parcours en particulier dans les territoires sous-denses ? Le service rendu est-il meilleur pour les usagers ?

Le deuxième axe aborde quant à lui le niveau d'appropriation du dispositif par les acteurs. Il a été décliné en 3 questions évaluatives :

- Les dynamiques partenariales ont-elles facilité le déploiement et le suivi des CPTS au niveau territorial (DD, CPAM, FEMASCO, URPS, collectivités...) ? Le rôle de chaque partenaire est-il bien défini et identifié ?
- Quels sont les leviers et les freins à la mobilisation, à l'émergence et à la formalisation des projets par les professionnels ?
- Dans quelle mesure les coordinateurs facilitent-ils l'émergence et le fonctionnement des CPTS ?

Afin de répondre à ces questions, 12 entretiens ont été réalisés, auxquels 36 personnes ont participé :

- 1 entretien collectif avec les représentants des CPAM et de la DCGDR (8 participants)
- 1 entretien collectif avec les représentants des délégations territoriales de l'ARS (13 participants)
- 1 entretien individuel avec le représentant de l'Inter-URPS- Ecolib
- 1 entretien individuel avec le représentant de la FEMASCO
- 1 entretien collectif avec les représentants du Conseil Régional Bourgogne-Franche-Comté (2 participants)

- 7 entretiens individuels et collectifs avec les représentants de 7 projets de CPTS (15 participants)

Les données qualitatives recueillies lors des entretiens ont été complétées par une analyse des données de l'enquête biannuelle sur les CPTS réalisée par l'ARS ainsi que des projets de santé de chacune des CPTS incluses dans le périmètre.

## 7.2 Enseignements généraux sur le dispositif

### 7.2.1 Présentation des projets

L'évaluation a porté sur 7 projets de CPTS, répartis entre 6 départements de la région : la Côte d'Or, le Doubs, le Jura, la Nièvre, la Haute-Saône et l'Yonne.

Ces départements et ces projets ont été retenus en raison de la diversité des typologies de territoires qu'ils couvrent (niveau de ruralité/urbanisation, densité de population) mais aussi pour leur niveau de maturité.

**Figure 5 – Présentation des projets étudiés dans le cadre de l'évaluation**

	CPTS 21-52	CPTS Pays d'Or	CPTS Haut Doubs Forestier	CPTS Du Grand Lons	CPTS Loire Val d'Yonne	CPTS Luxeuil les Bains	CPTS Nord Yonne
<b>Date de création (ACI signé)</b>	2020	2020	2020	2021	2020	2021	2021
<b>Département</b>	Côte d'Or (21)	Côte d'Or (21)	Doubs (25)	Jura (39)	Nièvre (58)	Haute-Saône (70)	Yonne (89)
<b>Population couverte</b>	40 000	83 744	52 987	89 338	96 528	43 225	130 000
<b>Nombre de communes</b>	102	111	102	199	227	99	102
<b>Typologie de territoire</b>	Rural	Rural	Urbain et rural	Urbain et rural	Rural	Rural	Urbain et rural
<b>Nombre de professionnels engagés</b>	24	70	108	11 signataires et 43 membres (juin 2021)	48 professionnels, et 44 établissements membres	94	72
<b>ACI signé</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Source : Planète Publique, à partir des données ARS Bourgogne-Franche-Comté

La taille de ces projets en termes de professionnels engagés dans le projet, de nombre de communes et de population couverte varie fortement. Il s'agit principalement de territoires à dominante rurale, avec cependant trois projets articulés autour de pôles urbains majeurs, tels que la CPTS du Grand Lons (Lons le Saulnier), la CPTS Nord Yonne (Sens) et la CPTS du Haut Doubs Forestier (Pontarlier). Ils ont néanmoins pour point commun d'avoir été validés entre 2019 et 2021. Ces CPTS ont ainsi été retenues car leur projet de santé a atteint environ 2 à 3 ans de déploiement, permettant d'avoir davantage de recul sur leur état d'avancement que CPTS constituées plus récemment.

## 7.2.2 Des projets portés par des noyaux de professionnels de ville motivés qui rencontrent des difficultés à s'élargir

### **Des dynamiques issues de coopérations professionnelles antérieures, qui reposent sur un nombre restreint de professionnels « réellement actifs ».**

L'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre des entretiens souligne que l'émergence des projets de CPTS est facilitée par la présence d'habitudes de travail antérieures. Dans certains territoires, ces habitudes de travail ont pu prendre la forme de groupements de professionnels de santé qui ont constitué une première expérience d'organisation d'une coordination pluriprofessionnelle à l'échelle territoriale (cf. Doubs). En outre, la mobilisation des professionnels autour de la construction d'un projet de CPTS est favorisée par une culture de l'exercice coordonné, déjà établie dans les territoires. Ainsi la plupart des professionnels porteurs de projets, sont également parties prenantes d'autres types de structures d'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les équipes de soins primaires (ESP), ou les centres de santé (CDS). Cette participation antérieure à l'exercice coordonné procure un socle de connaissances aux professionnels qui facilite leur appropriation des enjeux des CPTS mais aussi des démarches et attendus liés à la contractualisation dans le cadre d'un accord conventionnel.

Dans certains territoires, les acteurs mettent en lumière l'effet levier de la crise sanitaire dans le développement d'une interconnaissance et d'une solidarité entre les professionnels. En effet, l'organisation de la distribution des équipements de protection dans un premier temps, puis la mise en place des centres de vaccination dans un second temps, a pu avoir un effet accélérateur, en favorisant les échanges et la rencontre entre les professionnels (cf. CPTS Luxeuil les Bains, CPTS 21-52 et CPTS du Grand Lons).

Cependant, bien que la mobilisation autour de la construction des projets ait gagné en amplitude depuis le déploiement des premières CPTS, avec une croissance dans l'adhésion des professionnels aux associations porteuses, cette mobilisation repose sur des noyaux de professionnels qui, dans la pratique, peinent à s'élargir en dehors des porteurs initiaux. En effet, les acteurs et en particulier les coordonnateurs de projets ainsi que les acteurs institutionnels, reconnaissent que bien que le nombre d'adhérents des associations progresse, ces derniers demeurent peu engagés dans les groupes de travail ou de manière peu assidue. Le portage et la mise en œuvre des actions reposent ainsi principalement sur un nombre restreint de professionnels, dont le coordinateur de la CPTS, les membres du bureau et parfois quelques adhérents historiques à l'association. Cette difficulté à mobiliser des professionnels en dehors des noyaux actifs, présente ainsi un risque d'essoufflement à terme des dynamiques initiées, sans une diversification des professionnels impliqués.

### **Des freins à la mobilisation bien identifiés et qui pourraient être levés par les appuis déployés qui sont à renforcer**

Parmi les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain sont principalement évoquées le manque de disponibilité des professionnels (surtout dans les territoires sous-denses), une fatigue liée à une mobilisation intense pendant la crise sanitaire, une posture attentiste de certains professionnels sur les apports réels des CPTS et des doutes sur le positionnement à adopter au sein des projets, notamment de la part des masseurs-kinésithérapeutes ou des chirurgiens-dentistes. Ces difficultés sont principalement liées, selon les acteurs, à des configurations initiales des cahiers des charges CPTS qui seraient « médecin centré », mais aussi à une méconnaissance des possibilités offertes par les CPTS dans la réorganisation des soins et l'amélioration des pratiques professionnelles afin de renforcer la disponibilité.

Ainsi dans la mesure où les professionnels dans les territoires ne remettent pas en cause l'intérêt de ces structures et s'accordent majoritairement sur la pertinence de leur déploiement, le travail apprécié de pédagogie, initié par les partenaires institutionnels ainsi que par leurs relais auprès des professionnels (URPS, FEMACSO), est à intensifier pour encourager une mobilisation plus large.

### Un déploiement initial qui se traduit logiquement par une primauté des professionnels de ville

A ce stade du déploiement des projets de CPTS, la grande majorité des professionnels participants sont des professionnels médicaux et paramédicaux de premier recours, tels que les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens et plus rarement, les spécialistes de second recours exerçant en ville. Cette primauté est principalement liée à la logique initiale de déploiement du dispositif. En effet, les premières années de déploiement des projets ont mis l'accent sur le déploiement d'actions en lien avec la mission socle portant sur l'accès aux soins, afin d'apporter une réponse aux besoins prioritaires dans les territoires. La mise en œuvre de ces actions, visant à l'amélioration de l'accès à un médecin traitant et aux soins non-programmés, repose en grande partie sur les professionnels de ville. Ainsi des réunions d'informations et de mobilisation ont été organisées par les CPAM et les ARS dans les territoires, principalement à destination de ces professionnels pour encourager leur participation à ces dynamiques.

### Une participation moindre des autres acteurs en santé des territoires

**Bien que les CPTS aient pour objectif d'organiser une coordination territoriale entre tous les acteurs en santé, ces projets fédèrent peu les acteurs des autres champs à ce stade de leur déploiement.** Les acteurs du champ social, médico-social, hospitalier, les usagers et les élus participent davantage aux projets en tant que partenaires, qu'en tant que parties prenantes à part entière, tant dans la formalisation des projets que dans la gouvernance des CPTS. Ces structures sont dans la plupart des cas seulement adhérentes à l'association porteuse du projet. Des conventions de partenariat ou des chartes de collaboration sont également prévues sur certaines actions avec les CH de proximité ou les établissements médico-sociaux, dans le cadre d'actions spécifiques en lien avec l'organisation des soins urgents, la prévention des ruptures dans les parcours ou bien pour l'amélioration de l'accès à des consultations de spécialité (cf. CPTS Luxeuil, CPTS Nord-Yonne, CPTS Hauts Doubs Forestier).

**Bien que l'ensemble des acteurs souligne l'importance de la collaboration et du renforcement des liens entre la ville et l'hôpital, peu de projets intègrent véritablement les établissements** dans leur gouvernance. Les CH semblent difficiles à mobiliser dans la mesure où ces derniers peuvent avoir plusieurs interlocuteurs CPTS avec lesquels se coordonner. Cette difficulté de mobilisation est aussi liée selon les acteurs, à un degré d'ouverture vers la ville qui diffère fortement d'un établissement à l'autre. L'arrivée du service d'accès aux soins, va néanmoins, selon les acteurs, conduire à l'approfondissement des liens de collaborations et l'articulation entre ces acteurs.

**Les acteurs ont également peu mentionné l'implication des champs médico-sociaux et sociaux,** en dehors de quelques exceptions. La CPTS du Hauts Doubs Forestier, intègre par exemple un EHPAD dans le collège « structures » de l'association, et la CPTS Nord-Yonne a construit des liens avec quelques CCAS de son territoire pour identifier les habitants du territoire sans médecin traitant. Le directeur et un cadre de santé d'une maison d'accueil à caractère social ont participé à l'élaboration du projet de santé de la CPTS 21/52. Cette dernière est également en lien avec la coordinatrice du projet territorial de santé mentale (PTSM).

**Concernant les élus, ces derniers sont perçus comme une source d'appui** notamment pour promouvoir les actions auprès de la population (affichage) ou bien pour mettre à disposition des ressources matérielles (locaux pour organiser des événements ou des réunions professionnelles). Ils sont davantage mobilisés sur les projets visant à améliorer l'attractivité du territoire, notamment dans

des actions visant à faciliter l'hébergement des étudiants en santé ou bien l'installation de jeunes professionnels dans les territoires. Cette mobilisation des élus est plus importante lorsqu'un CLS a été signé sur le territoire.

Enfin, alors que **l'importance d'intégrer les usagers dans les projets de CPTS semble faire consensus** parmi les acteurs, afin de répondre à leurs besoins, ceux-ci le sont de manière variable dans les faits. Parmi les 7 projets de CPTS, 5 mentionnent une implication à des degrés plus ou moins importants d'usagers ou de leurs représentants dans la gouvernance ou dans la mise en œuvre de projets. Ainsi, par exemple, le comité de suivi des actions de la CPTS Loire Val d'Yonne, intègre la présidente d'une association d'usagers établie sur le territoire. La CPTS Nord Yonne a, quant à elle, intégré une usagère dans le conseil d'administration de son association. Celle-ci, porte une action de sensibilisation prévue pour septembre 2022, dans le cadre du mois des cancers pédiatriques. Les professionnels de la CPTS appuient la mise en place de cette action par la mise à disposition d'une expertise médicale, de ressources matérielles, mais aussi par l'appui à la communication auprès de leur réseau. En dehors de la mise en œuvre de cette action, l'usagère participe également aux réunions du CA pour partager son point de vue dans les échanges. La CPTS souhaite par ailleurs pouvoir développer les liens avec les usagers, dans un premier temps en passant par des relais de proximité (établissements sportifs, établissements scolaires, CCAS) pour recenser leurs besoins, puis en établissant un lien direct à terme. Les trois autres projets (CPTS Pays d'Or, CPTS 21-52 et CPTS Haut Doubs Forestier) ont initié des réflexions autour de l'inclusion des usagers par le biais d'une mise en lien avec des associations (cf. France Assos Santé) ou bien par la mise en place d'un comité consultatif composé d'usagers qui donnerait son avis sur les projets menés par la CPTS. Cependant, bien que l'intégration des usagers, prenne de l'ampleur dans les réflexions des porteurs de projets, aucun des projets étudiés ne souhaite à ce stade créer un collège dédié aux usagers au sein de la gouvernance.

### 7.2.3 Un maillage territorial des projets qui correspond globalement aux besoins des territoires et des populations

#### Une logique de définition territoriale *ad hoc* qui permet une adéquation avec les dynamiques locales

**Le cahier des charges des CPTS, tel que défini au niveau national, ne précise pas d'échelle territoriale prédéfinie**, telle que les collectivités territoriales (communes, EPCI, départementales) pour le déploiement des projets. En outre, il précise qu'un territoire donné ne peut comprendre qu'un seul projet de CPTS. Ainsi une commune ne peut pas appartenir au périmètre de plusieurs projets à la fois. Les territoires résultent par conséquent d'un découpage territorial réalisé directement par les porteurs de projets, sur la base de réflexions menées lors de la phase de formalisation du projet de santé.

Ces réflexions s'appuient sur un diagnostic précis du territoire, qui prend en compte des données démographiques, des indicateurs de santé mais aussi les flux de recours aux soins (notamment autour du CH de proximité), les dynamiques présentes dans les bassins de vie, ainsi que les habitudes de travail entre professionnels. **Les porteurs s'attachent ainsi à dessiner les contours d'un territoire « vécu » aussi bien par les populations que par les professionnels qui y exercent leur activité.** Les délégations territoriales de l'ARS, en cohérence avec les pilotes au niveau régional, ainsi que les CPAM dans leur examen des projets, veillent à la pertinence et à la cohérence des découpages territoriaux, au regard des indicateurs, de leur connaissance du territoire et de la qualité du diagnostic réalisé par les professionnels. Le processus de validation permet donc de s'assurer que le territoire projet puisse répondre de manière adéquate aux besoins de santé, dans une logique populationnelle. Ces territoires sont parfois concordants avec ceux des CLS, lorsque ceux-ci ont été signés dans des territoires donnés, ce qui favorise une mise en cohérence des projets portés par les deux organisations

et permet l'adéquation du découpage territorial de la CPTS avec les besoins déjà identifiés sur les territoires au préalable.

### Des spécificités qui émergent selon les typologies de territoires

Les échanges avec les acteurs, ont mis en lumière une variation des logiques de définition territoriale, selon la typologie du territoire concerné par le projet. Ainsi, **les acteurs institutionnels et les porteurs de projets soulignent l'émergence de situations concurrentielles dans les territoires urbains**, denses en professionnels. En effet, dans ces territoires, le nombre parfois important de professionnels favorise l'émergence d'une multiplicité de porteurs, qui souhaitent structurer des CPTS sur des territoires qui se superposent. L'exemple cité par les acteurs est celui du territoire de Besançon, dans le Doubs, où plusieurs projets avaient émergé simultanément sur un même territoire. Ces situations présentent des difficultés et impliquent parfois des arbitrages par les partenaires institutionnels. Les porteurs sont, dans un premier temps, encouragés à collaborer pour aboutir à la fusion des projets, par le biais de réunions d'échanges, organisées entre les partenaires conventionnels (DD ARS, CPAM) et les représentants des associations porteuses. Dans le cas où les négociations n'aboutiraient pas sur un accord entre les associations, les acteurs institutionnels procèdent à des arbitrages, qui sont réalisés selon le niveau de maturation et la pertinence des projets présentés par chaque groupe de professionnels porteurs. Le projet retenu est celui qui présenterait le plus de caractéristiques indiquant sa pérennité et sa capacité à mobiliser les professionnels ainsi qu'à répondre aux besoins de la population du territoire. En dehors du projet de Besançon aucun des projets analysés ne semble avoir été confronté à cette situation.

**A contrario, davantage de fluidité peut être constatée dans la définition territoriale dans les territoires ruraux et semi-urbains.** En effet, dans ces territoires, la faible densité des professionnels, diminue le risque de situations concurrentielles. Les collaborations interprofessionnelles y sont de manière générale, établies de longue date et les professionnels ont développé une interconnaissance renforcée. Le nombre plus faible d'acteurs paraît donc être un facteur favorable à la définition d'un territoire qui fait consensus parmi les professionnels. C'est le cas de la majorité des projets analysés dans le cadre des présents travaux.

Toutefois, ces territoires sont également confrontés à des difficultés. Celles-ci sont liées à la taille potentiellement plus importante du périmètre géographique de ces CPTS. En effet, afin de couvrir une population suffisante, ces projets doivent parfois couvrir un nombre élevé de communes avec une faible densité de population. Ces territoires, caractérisés par une superficie importante, couvrent ainsi des réalités souvent très différentes, aussi bien en termes de répartition de l'offre de soin, de densité et d'âge de la population, que de situation socio-économique. Les acteurs soulignent ainsi avoir rencontré des difficultés à définir des projets de santé cohérents avec les besoins de l'ensemble des secteurs. Les professionnels doivent donc trouver un équilibre entre le déploiement d'actions adaptées aux besoins de chaque territoire tout en se plaçant dans la perspective de garantir l'égalité entre les communes et de leurs populations.

Un exemple est celui de la CPTS 21-52 dont le territoire, situé à la jonction de départements et de deux régions, présente une difficulté, notamment en termes de recueil de données de territoires, pour définir les besoins prioritaires. Les territoires frontaliers (cf. CPTS du Haut Doubs Forestier) sont également confrontés à des spécificités liées aux flux de patientèles. En effet, ces territoires sont caractérisés par une forte variation des flux de patients frontaliers qui viennent sur leur territoire pour se faire soigner ponctuellement. Cette forte variation rend difficile, selon les professionnels entendus, l'identification d'indicateurs pertinents à atteindre dans le cadre de la contractualisation ACI pour répondre aux besoins du territoire.



## 7.2.4 Des CPTS qui trouvent leur place dans le paysage des acteurs de santé au niveau territorial

### Un positionnement à la bonne échelle territoriale pour dépasser les clivages et animer un réseau d'acteurs

L'analyse du déploiement des CPTS en région BFC, permet de mettre en lumière un positionnement jugé pertinent par les acteurs en charge de leur mise en œuvre. Ainsi les CPTS sont perçues comme ayant une **échelle territoriale assez large pour mener les missions socles dont elles ont la charge mais assez rapprochée pour avoir une connaissance fine des territoires**, de leurs acteurs et de leurs besoins.

Les missions attribuées aux CPTS sont claires pour l'ensemble des acteurs entendus, et celles-ci sont considérées comme étant en complémentarité avec celles des autres dispositifs de coordination pluriprofessionnelle. Les CPTS seraient, selon les acteurs, ainsi davantage en charge de l'organisation et de la structuration de l'offre de soins et de prévention tandis que les autres structures, c'est-à-dire les MSP, les CDS, les ESP et les DAC, assureraient surtout du suivi de patientèle commune ou de situations complexes. Dans le cadre de la mise en œuvre de leur projet, les CPTS se positionneraient ainsi comme une interface transversale, permettant les échanges et le travail collectif à la charnière entre les différents champs d'action en santé, mais aussi entre les différents modes d'exercice.

L'articulation entre les différentes structures d'exercice coordonné déjà présentes dans les territoires et les CPTS se manifeste par **des conventions et des partenariats établis parfois dès le stade de l'émergence du projet** (cf. CPTS 21-52, CPTS du Grand Lons, CPTS du Hauts Doubs Forestier). Lorsque les territoires comptent des structures d'exercice coordonné, celles-ci sont d'emblée intégrées à la gouvernance de la CPTS, par le biais de l'adhésion de l'ensemble de ses membres ou parfois en tant que structure lorsqu'un collège dédié aux structures et établissements est prévu dans les statuts de l'association (cf. CPTS Pays d'Or, CPTS 21-52, CPTS Luxeuil les Bains par exemple). Dans la mesure où certains projets de CPTS sont portés par des professionnels exerçant déjà dans ces types de structures, ces derniers font bénéficier à la CPTS de leur expérience du fonctionnement en coordination pluriprofessionnelle pour la mise en fonctionnement en mode « projet ».

La CPTS du Hauts Doubs Forestier se distingue par la participation à un réseau inter-CPTS aux côtés des CPTS limitrophes, encore informel à ce jour mais qui consiste en l'organisation de réunions d'échanges de pratiques, l'échange d'information et parfois l'organisation d'actions conjointes qui permettent la mise en commun de savoirs, d'expériences et de ressources.

Un seul projet a soulevé une problématique d'articulation avec les MSP. Il s'agit de la CPTS du Haut Doubs Forestier, auquel participent au total 6 MSP. Les interrogations ont principalement porté sur la question de la répartition des enveloppes ACI entre les MSP et les CPTS, pour le portage d'actions communes.

### Les CPTS comme structures « ressources » facilement mobilisables par les professionnels et les élus

De manière globale, par le réseau important de professionnels qu'elles rassemblent, tous types d'exercice confondu, les CPTS sont identifiées par les professionnels et leurs partenaires, selon les professionnels porteurs de projets et les représentants des syndicats professionnels rencontrés, comme des structures ressources **permettant l'accès à l'information en santé dans les territoires et la diffusion de messages depuis et vers les professionnels du territoire**. La plupart des CPTS sont dotées de sites internet qui permettent l'accès à des informations, sur les données de territoire telles que les médecins acceptant des patients en tant que médecin traitant par exemple (cf. CPTS du Grand Lons), accessibles aux adhérents de la CPTS.

Certains porteurs de projets soulignent que la crise sanitaire a permis aux associations déjà constituées dans les territoires de gagner en visibilité et en légitimité sur le sujet concernant la santé auprès des professionnels de santé et des élus. Les CPTS commencent à être identifiées comme une « porte d'entrée » vers les professionnels et se voient ainsi de plus en plus sollicitées par les professionnels du territoire, pour les questions d'accès à un médecin traitant ou bien pour appuyer l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires. Les porteurs de projets ont parfois pour objectif de se positionner comme ambassadeurs des questions de santé sur leur territoire, en fournissant des informations aux professionnels ainsi qu'à la population (prévention, veille sanitaire, lutte contre la mésinformation en santé, données sur l'offre de soin et sur les besoins de santé sur le territoire) mais aussi en participant à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire (cf. CPTS du Grand Lons ; CPTS 21-52 ; CPTS Luxeuil les Bains).

### 7.2.5 Des projets encore récents mais qui s'appuient sur des leviers pour répondre aux missions socles

#### Un processus de formalisation perçu comme une étape difficile, mais facilitée par certains leviers

La majorité des porteurs de projets interrogés, en dehors de la CPTS de Luxeuil, a identifié la phase de formalisation comme la difficulté majeure de la structuration de leur projet de CPTS. Le frein principal évoqué par les acteurs est le manque de disponibilité pour la participation à des groupes de travail, organisés principalement le soir ou sur le temps du déjeuner. En effet, les porteurs de projets sont majoritairement des professionnels de santé libéraux, parfois confrontés à une activité de soins importante, notamment dans les territoires où l'offre de soins est sous-dense au regard des besoins et des demandes de soins. Or la formalisation du projet nécessite plusieurs mois et demande un investissement personnel important sur un temps long. En dehors des porteurs de deux CPTS rencontrés, aucun des autres porteurs de projet interrogés n'a toutefois exprimé de difficultés d'appropriation des missions présentes dans le cahier des charges des CPTS.

**Afin de faciliter cette étape de formalisation, les porteurs de projets bénéficient de plusieurs sources d'appui qui leur ont permis de faire face à ces difficultés.** La première source est celle des partenaires institutionnels que sont les ARS et la CPAM. Tous les porteurs de projets ont souligné le soutien apporté par les délégations territoriales des ARS et par les CPAM comme un élément facilitateur dans la concrétisation de leur projet. Ce soutien est le fruit de collaborations étroites et d'un co-pilotage des projets dès leur émergence, puis dans leur suivi par les organismes de tutelles, avec un partage des rôles entre le volet stratégique davantage attribué à l'ARS et le volet contractuel et mise à disposition des données relevant des CPAM. Dans le Doubs, les partenaires ont mis en place un *sharepoint* commun et des réunions régulières afin de faciliter ce co-pilotage. Ces acteurs jouent un rôle actif dans la mobilisation des professionnels par l'organisation de réunions d'informations dans les territoires, qui sont appréciées des professionnels. En outre, les porteurs se tournent régulièrement vers eux au cours de la formalisation de leurs projets et jusqu'à leur validation, pour obtenir des données de territoire ou bien être guidés dans leur compréhension du cahier des charges et des besoins du territoire.

Afin d'accompagner la constitution des CPTS, l'Assurance Maladie a par ailleurs mis en place un dispositif dit « Accélérateur », déployé par les CPAM au niveau local. Ce dispositif peut être mobilisé, selon les besoins des acteurs, dès le dépôt de la lettre d'intention, au moment de la rédaction du projet de santé ou bien avant la signature de l'ACI. Il permet de proposer un accompagnement renforcé aux professionnels pour la formalisation de fiches actions, pour la mise en place d'une gouvernance, pour la co-construction d'indicateurs, mais aussi pour l'identification des leviers pour l'organisation du temps médical.

L'appui financier proposé dans le cadre de l'aide à l'amorçage, au titre du fond d'intervention régional de l'ARS (FIR), est versé trop tardivement dans la phase de formalisation selon les porteurs, bien qu'il soit jugé utile pour financer du temps passé à la formalisation du projet, ou bien l'appui d'un coordinateur. Le calendrier de versement est, selon les acteurs institutionnels, lié au temps nécessaire pour que le projet soit suffisamment avancé (lettre d'intention validée, association porteuse créée) pour permettre d'entrevoir sa concrétisation. Dans certains cas, et notamment pour clarifier des éléments du cahier des charges ou pour accompagner la définition du territoire, des réunions tripartites sont organisées entre l'ARS, la CPAM et les porteurs de projet.

En dehors des partenaires institutionnels les professionnels peuvent s'appuyer sur d'autres sources d'appui, qui sont néanmoins moins sollicitées par ces derniers. Dans un premier temps les porteurs peuvent bénéficier d'un accompagnement de la part de relais professionnels de proximité, tels que les animateurs santé des CLS, la FEMASCO ou bien l'URPS. Ces organisations, constituent un relai d'information sur le cahier des charges et jouent parfois un rôle facilitateur dans la formalisation de leur projet. Toutefois, seuls 2 des 7 projets analysés (cf. CPTS du Grand Lons et du Haut Doubs Forestier) ont reçu l'appui de la FEMASCO.

Dans le cadre de ses missions d'aménagement du territoire, le Conseil Régional a également mis en place le Fonds Régional d'Expérimentation en Santé (FRES), afin de financer les projets innovants sur son territoire. Ce fond permet, de financer, une fois la lettre d'intention validée, du temps passé à l'écriture du projet. Une fois le projet validé et l'ACI signé, il permet d'accélérer le déploiement de certaines actions par le financement de petit matériel informatique. Ce dispositif reste néanmoins peu connu et peu sollicité des professionnels. Un seul des projets analysés y a eu recours au cours de la formalisation de son projet (cf. CPTS Grand Lons).

Enfin les professionnels porteurs de projet ont également recours au soutien des collectivités par le biais de l'animateur du contrat local de santé, lorsque le territoire en est pourvu et dans le cas où son territoire est équivalent à celui de la CPTS (Cf. CPTS du Grand Lons, CPTS 21-52). Ces animateurs, par leur connaissance du diagnostic du territoire, par leur vision globale sur l'offre de soins présente sur le territoire, et par leur compétence d'animation de réseau, sont d'un appui important selon les porteurs.

### **Une fonction de coordination structurante dans l'animation, le déploiement et parfois dès la phase de formalisation des projets**

La coordination joue également un rôle central dans la mise en œuvre des CPTS. Selon l'analyse des 7 projets de CPTS, aucun modèle de coordination, n'est privilégié par les professionnels à ce stade. Il s'agit parfois de professionnels de santé en reconversion, seuls ou en binômes (cf. CPTS Hauts Doubs Forestier), parfois de coordinateurs externes recrutés temporairement ou à temps partiel, parfois de coordinateurs à temps plein. Les modalités d'organisation de la fonction de coordination et les fiches de postes sont ainsi propres à chaque projet et se construisent au fil de la formalisation et des premiers temps de déploiement du projet.

Dans l'ensemble des projets analysés, le coordinateur joue un rôle pilier dans la structure et assure un nombre important de missions. C'est lui qui assure le suivi du déploiement des projets, qui est le point de contact pour les professionnels adhérents, le bureau de l'association, les candidats à l'adhésion au projet, mais aussi pour les partenaires de la CPTS. Le coordinateur est parfois appuyé par des fonctions supports tels qu'un secrétariat ou un chargé de communication, pour assurer la gestion des adhésions, la gestion budgétaire des CPTS et déployer les campagnes de communication. Selon les porteurs, il s'agit du poste principal de dépense de l'enveloppe touchée dans le cadre de l'ACI.

Malgré des fiches de postes détaillées, les coordinateurs reconnaissent un tâtonnement dans les premières années de déploiement des projets. Le manque de disponibilité des professionnels, y compris des professionnels appartenant aux bureaux des associations, les conduisent parfois à mener

les actions eux-mêmes et à s'impliquer de manière importante. Cette forte implication présente néanmoins un risque pour la pérennité des projets, par l'exposition à une fatigue professionnelle des coordinateurs ou à un changement fréquent de coordinateur qui nuirait à la continuité des projets. De plus, la majorité d'entre eux n'a pas suivi de formation spécifique à la coordination de structures pluriprofessionnelles. En effet à ce jour seule la FEMASCO propose de telles formations. Cependant l'ARS souhaiterait renforcer son action sur le sujet afin que les coordinateurs soient des ressources pour les projets et les appuient dans le déploiement d'actions qui répondent aux besoins des territoires.

### **Une signature ACI systématique des CPTS qui appuie un déploiement rapide d'actions autour de la mission socle « accès aux soins »**

Afin de mener leurs missions, les CPTS ont accès au versement d'enveloppes annuelles, par le biais de la signature d'un accord conventionnel interprofessionnel avec l'ARS et la CPAM, suite à la validation de leur projet de santé. Cette signature est intervenue de manière systématique pour l'ensemble des 7 projets analysés.

Le versement de l'aide financière est réalisé en deux fois, une partie à la signature du projet et une partie à la date anniversaire, sur la base de l'atteinte d'indicateurs. Les indicateurs et le calendrier de déploiement des actions nécessaires pour les atteindre, sont établis avec les partenaires conventionnels sur la base du diagnostic de territoire réalisé par les professionnels et des données récoltées par la CPAM (cf. patientèle sans médecin traitant, patientèle suivie en affection de longue durée par exemple). En complément de l'accompagnement réalisé par les partenaires conventionnels au long du processus de formalisation du projet, des dialogues de gestion sont organisés pour assurer le suivi du déploiement des actions et de l'atteinte des différents indicateurs, mais aussi pour les réajuster le cas échéant. L'ARS et les CPAM assurent conjointement ces missions, bien que les représentants CPAM indiquent prendre une place plus importante que l'ARS dans ce suivi, du fait de leur positionnement en tant que financeur.

La grande majorité des territoires couverts par les projets de CPTS analysés, sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins en médecine générale du fait d'une diminution de la démographie médicale. Cette tension sur l'offre, conduit, selon les porteurs, à une limite d'accès à un médecin traitant ainsi qu'à des soins non programmés pour leurs populations, qui constituent les deux composantes de la mission socle « accès aux soins » des CPTS. Par conséquent, au moment de leur contractualisation, les projets se sont ainsi rapidement orientés vers le déploiement d'actions visant à faciliter l'accès à un médecin traitant (cf. processus de recensement des patients sans médecins traitants, annuaire des médecins généralistes acceptant de nouveaux patients en tant que médecins traitants) et l'organisation de la prise en charge des soins non-programmés (cf. conventions avec les services d'urgences à proximité, cartographie des secteurs de prise en charge, organisation entre médecins volontaires), qui constituent les priorités majeures de leurs territoires.

Toutefois, les professionnels ont souligné que bien que l'ACI apporte un soutien financier au déploiement de ces actions, la baisse de la démographie médicale demeure la source principale des difficultés d'accès aux soins et va rapidement présenter une limite à l'atteinte de ces indicateurs dans les territoires sous-denses. Ils mettent ainsi en lumière un point de vigilance sur la disponibilité des médecins généralistes et sur leur capacité à libérer du temps pour s'impliquer dans des actions. Les porteurs ont également exprimé leurs craintes face au risque de dissuader l'adhésion des médecins généralistes en mettant en avant la nécessité d'atteindre les critères.

## 7.2.6 Un stade de déploiement qui ne permet pas encore de mesurer le service rendu à la population

### Moins d'actions concrètes sur les volets organisation de parcours et prévention

L'analyse des entretiens et des projets de santé transmis par les professionnels porteurs a permis de synthétiser, de manière indicative et non exhaustive, les thématiques de travail retenues dans le cadre des missions organisation des parcours et prévention dans le tableau ci-dessous. Ces thématiques identifiées au moment de la rédaction des projets, ou bien lors des premières années de déploiement, ont vocation à évoluer dans le temps, au fur et à mesure du déploiement des actions et de l'émergence de nouveaux besoins et priorités sur le territoire des CPTS.

Figure 6 – Synthèse des thématiques parcours et prévention

Projet de santé analysé	Thématiques parcours	Thématiques Prévention
<b>CPTS 21-52</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrie</li> <li>- Ville-hôpital</li> <li>- Orientation parcours complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentation/activité physique</li> <li>- Sexualité vie affective</li> <li>- Diabète</li> </ul>
<b>CPTS Pays d'Or</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité,</li> <li>- Diabète,</li> <li>- BPCO, périnatalité,</li> <li>- Gériatrie,</li> <li>- Santé mentale</li> <li>- Lien 1er et 2nd recours</li> <li>- Liens ville-hôpital</li> <li>- Parcours complexe personnes en situation de handicap</li> <li>- Personnes âgées/maintien à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relais des campagnes nationales de prévention/dépistage</li> <li>- Cancer du sein, mois sans tabac, vaccination saisonnière</li> <li>- Prévention des addictions, des risques iatrogènes, de la perte d'autonomie, de la désinsertion professionnelle, de l'obésité, des violences intrafamiliales, prévention bucco-dentaire chez les jeunes enfants</li> </ul>
<b>CPTS Haut Doubs Forestier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lien ville –hôpital</li> <li>- Maintien à domicile</li> <li>- Liens avec la médecine du travail</li> <li>- Parcours des patients complexes,</li> <li>- Prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques ou gériopsychiatriques</li> <li>- Insuffisance cardiaque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité physique adaptée</li> <li>- Journées de prévention thématiques</li> </ul>
<b>CPTS Du Grand Lons</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liens ville-hôpital</li> <li>- Liens 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours</li> <li>- Prise en charge des patients âgés, complexes et/ou chroniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sport-santé</li> <li>- Vaccination</li> <li>- Lutte contre les addictions,</li> <li>- Prise en charge des patients atteints de pathologie psychiatrique,</li> <li>- Programmes d'éducation thérapeutique</li> </ul>
<b>CPTS Loire Val d'Yonne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parcours diabète</li> <li>- Vertiges</li> <li>- Situations fragiles</li> <li>- Lien ville-hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des addictions</li> <li>- Hygiène bucco-dentaire,</li> <li>- Antibiotiques</li> <li>- Vaccination,</li> <li>- Dépistage des cancers</li> <li>- Nutrition,</li> <li>- BPCO</li> </ul>

<p><b>CPTS Luxeuil les Bains</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filière visuelle</li> <li>- La pollakiurie et la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans</li> <li>- Parcours sport/santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La vaccination</li> <li>- Le diabète</li> <li>- L'activité physique/l'obésité</li> <li>- Le tabac</li> <li>- Les chutes chez les personnes âgées</li> <li>- L'insuffisance cardiaque</li> </ul>
<p><b>CPTS Nord Yonne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lien ville-hôpital</li> <li>- Parcours des maladies cardio-vasculaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancers pédiatriques « septembre en or »</li> <li>- Troubles de développement chez l'enfant,</li> <li>- Lutte contre les violences faites aux femmes et intrafamiliales,</li> </ul>

En dehors de la mission socle « accès aux soins » les premières années de déploiement des projets de CPTS dans les territoires ont été fortement orientées vers la gestion de la crise sanitaire, ajoutée aux missions socles au cours de cette période. Celle-ci a mobilisé de manière importante les professionnels de santé, en particulier dans le cadre de l'organisation de la campagne de vaccination. Dans la plupart des territoires, la mise en place d'actions dans le cadre des missions socles « organisation des parcours » et « prévention » ont ainsi été retardées.

Au moment de la formalisation de leurs projets de santé et de la signature de l'ACI, les professionnels sont laissés libres des thématiques qu'ils souhaitent aborder dans le cadre de ces deux missions socles. Les thématiques retenues par les professionnels doivent toutefois répondre à des besoins réellement identifiés dans les territoires, à la suite du diagnostic de territoire réalisé dans le cadre de l'écriture du projet. Celles-ci doivent ainsi être validées par les partenaires conventionnels. Les CPAM reconnaissent ainsi avoir dû aiguiller les professionnels dans le choix des thématiques telles que l'insuffisance cardiaque dans certains territoires. Les professionnels ont cependant accueilli négativement l'inclusion d'une thématique qu'ils percevaient comme peu mobilisatrice. Certains porteurs émettent un point de vigilance sur l'application d'un cahier des charges national au détriment de thématiques adaptées aux territoires.

De manière globale, l'examen des projets de santé sur les volets parcours et prévention met en lumière une formalisation des actions en grands objectifs stratégiques, qui demeurent généraux et nécessitent un travail approfondi au moment de leur mise en œuvre. Les thématiques retenues par les professionnels sont des thématiques qui leurs sont familières (parcours ville-hôpital, prise en charge des maladies chroniques, dépistage du diabète, retour à domicile des personnes âgées). Trois projets ont intégré le parcours santé mentale (cf. CPTS 21-52, CPTS Pays d'Or, CPTS Haut Doubs Forestier). Un parcours sports-santé, la prise en charge de l'obésité en partenariat avec un établissement thermal et le développement d'une filière visuelle ont également été envisagés par l'un des projets (cf. CPTS de Luxeuil les Bains).

L'ensemble des projets de CPTS analysés, lorsqu'ils ont initié la mise en œuvre de leurs actions, en sont au stade d'organisation des groupes de travail pour définir les modalités de déploiement opérationnel. En effet, les volets prévention et organisation des parcours sont des champs d'actions qui nécessitent une plus grande implication des professionnels du territoire dans les groupes de travail, en dehors des seuls médecins généralistes. Cependant, les porteurs de projets soulignent un manque croissant de disponibilité des professionnels pour s'impliquer dans le déploiement d'actions et dans la participation à des groupes de travail. A ce manque de disponibilité vient s'ajouter, selon les porteurs, une fatigue des professionnels, fortement mobilisés pendant la crise sanitaire. Ces difficultés peuvent

ainsi constituer un frein à court terme, à l'avancement du déploiement des actions dans le cadre des volets prévention et organisation des parcours.

Un deuxième frein au déploiement de ces actions est l'absence d'outils d'appui clairement identifiés et déployés au sein des CPTS, notamment dans le cadre de l'organisation des parcours et de partage d'information. En effet, bien que les modalités de partage d'information doivent être définies dans le projet de santé de la CPTS, les modalités inscrites dans les projets analysés sont peu précises et les porteurs sont au stade des réflexions initiales sur leur déploiement. A ce jour, les CPTS disposent *a minima* d'un site internet, dédié à la publication d'informations liées à l'activité de la CPTS, à l'adhésion des professionnels, et parfois à des documents et forums d'échanges entre pairs, disponible sur un intranet accessible aux adhérents. Deux projets ont initié des réflexions sur la facilitation du déploiement de eTICSS auprès des professionnels (cf. CPTS Haut Doubs Forestier ; CPTS du Grand Lons) pour appuyer l'organisation des parcours complexes, en lien avec le DAC. Des services de messagerie sécurisée ou non (Cf. Whatsapp) et les adresses mails sont également largement utilisés par les professionnels pour échanger ou transmettre une newsletter de la CPTS. Le projet de la CPTS Nord Yonne envisage quant à lui le déploiement de l'outil Entr'Actes pour l'organisation du parcours ville-hôpital.

### **Peu de visibilité sur l'impact des actions menées à ce stade au regard des missions du cahier des charges**

A ce stade du déploiement, les travaux d'analyse menés auprès des porteurs de projets et de leurs partenaires dans le déploiement des CPTS sur le territoire régional, ne permettent pas d'observer les impacts des actions menées par les CPTS au regard des attendus du cahier des charges et des contrats ACI. La plupart des projets analysés, en dehors de l'un d'entre eux, sont en fonctionnement depuis environ un an à un an et demi. Le recul n'est ainsi pas suffisant pour envisager l'impact du déploiement des CPTS sur la réponse aux besoins populationnels dans les territoires.

En effet, les retours des acteurs institutionnels et des porteurs au sujet des premiers dialogues de gestion, organisés de manière biannuelle suite à la signature, reflètent des premiers contrats ACI peu précis. Cette souplesse accordée dans un premier temps aux professionnels, dans la définition des indicateurs et des calendriers de mise en œuvre des actions, avait pour but de privilégier la mobilisation des professionnels et la mise en fonctionnement des projets dans un premier temps. Les partenaires conventionnels ont pour objectif d'initier une montée en charge progressive pour les prochaines années de contractualisation, avec la mise en place d'indicateurs plus précis au regard des besoins territoriaux tout en préservant assez de souplesse pour maintenir l'engagement des professionnels dans la durée.

Les professionnels semblent par ailleurs s'être bien approprié le fonctionnement d'un financement conventionnel et le cahier des charges des CPTS tel que formalisé dans le cadre de l'ACI. En dehors de deux projets où des difficultés ont été rencontrées dans la compréhension du cahier des charges, les porteurs de projets soulignent la clarté de ce dernier. Toutefois, plusieurs porteurs de projets indiquent ne pas avoir suffisamment pris en compte le niveau d'engagement requis sur des indicateurs liés à des données de santé, sur lesquels ils estiment n'avoir que peu de marge de manœuvre.

## 7.3 En synthèse – réponses aux questions évaluatives

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	Existe-t-il des disparités entre les territoires dans le déploiement des CPTS ? Quelles en sont les sources ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des projets validés ou en cours sur une grande partie du territoire</li> <li>- Une atteinte progressive des objectifs nationaux de couverture territoriale</li> </ul>
	Comment les CPTS s'articulent-ils avec les autres dispositifs de coordination présents sur le territoire ? Leurs actions sont-elles complémentaires ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une échelle territoriale et des missions de la CPTS complémentaires avec les autres échelons de coordination pluriprofessionnelle</li> <li>- Une CPTS qui se positionne à l'interface des différents modes d'exercice et des différents acteurs en santé</li> <li>- Un rôle de structuration de l'offre de soin et de la coordination territoriale bien identifié</li> <li>- Une grande partie de projets de CPTS portés par des professionnels issus de structures d'exercice coordonné</li> <li>- Des partenariats et conventions établis parfois dès l'émergence du projet</li> <li>- Une adhésion des professionnels de ces structures et parfois une adhésion de la MSP elle-même lorsque les statuts de l'association le permettent</li> </ul>
	L'émergence des projets de CPTS et la définition des territoires par les professionnels eux-mêmes garantit-elle un maillage suffisant et pertinent du territoire au regard des objectifs de « ma santé 2022 » ? Dans quelle mesure les projets de santé des CPTS répondent-ils aux besoins et aux priorités identifiées dans les territoires et notamment à l'organisation du lien ville-hôpital (hôpitaux de proximité) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des territoires définis <i>ad hoc</i> par les porteurs de projets selon les dynamiques territoriales, les habitudes de travail, les territoires de recours aux soins et les bassins de vie</li> <li>- Un diagnostic territorial dans le cadre de la formalisation des projets et une validation par les ARS et les CPAM qui permet une pertinence des territoires et des projets aux regard des besoins</li> <li>- Des acteurs du champs sanitaire avec lesquels les CPTS ont noué des chartes et des conventions de partenariat mais une difficulté à mobiliser ces acteurs dans la gouvernance</li> </ul>
	Comment les CPTS organisent-elles la place des usagers dans leur fonctionnement ? Se dotent-elles de stratégies en la matière ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une variation du degré d'intégration des usagers selon les projets dans leur fonctionnement</li> <li>- Un accord de principe et des réflexions initiées sur la possibilité de consulter les usagers pour avis sur les projets</li> <li>- 1 projet où une association de représentants d'usagers appartient au comité de suivi des actions (CPTS Loire Val d'Yonne)</li> <li>- 1 projet où une action de prévention est portée par une représentante d'usagers (CPTS Nord Yonne)</li> </ul>
	Le déploiement des CPTS a-t-il permis d'apporter une réponse aux difficultés d'accès aux soins et à l'organisation des parcours en particulier dans les territoires sous-denses ? Le service rendu est-il meilleur pour les usagers ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des premières phases de déploiement suite à la signature de l'ACI qui appuient le déploiement d'actions sur le volet « accès aux soins » des missions des CPTS</li> <li>- Une mise en œuvre d'actions sur les volets prévention et organisation des parcours retardée par la mobilisation des professionnels face au covid ainsi que des difficultés de mobilisation des professionnels dans les groupes de travail et des outils d'appui en phase d'identification</li> <li>- Une définition des indicateurs ACI assez souple dans un premier temps avec une stratégie de montée en charge progressive des partenaires conventionnels pour les prochaines années de contractualisation</li> </ul>



Question évaluative	Indicateur / source
<p>Les dynamiques partenariales ont-elles facilité le déploiement et le suivi des CPTS au niveau territorial (DD, CPAM, FEMASCO, URPS, collectivités...) ? Le rôle de chaque partenaire est-il bien défini et identifié ?</p> <p>Quels sont les leviers et les freins à la mobilisation, à l'émergence et à la formalisation des projets par les professionnels ?</p> <p>Dans quelle mesure les coordinateurs facilitent-ils l'émergence et le fonctionnement des CPTS ?</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Appropriation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A ce stade du déploiement des CPTS (1 à 2 années de fonctionnement) peu de recul pour constater l'amélioration du service rendu à la population</li> <li>- Un processus de formalisation perçu comme chronophage</li> <li>- Des projets qui rassemblent principalement des professionnels de santé de ville autour de noyaux porteurs relativement restreints</li> <li>- Des freins à la mobilisation des professionnels : manque de disponibilité (surtout dans les territoires sous-denses), position attentiste sur les apports réels des CPTS, doute sur le positionnement au sein des projets (préconceptions sur un cahier des charges CPTS « médecin centré »)</li> <li>- Des leviers identifiés : appui et co-pilotage du déploiement des projets par les CPAM et les ARS ; aide à l'amorçage du FIR ; aide financière du Conseil régional au titre du FRE ; dispositif « Accélérateur » de l'Assurance Maladie ; appui par les animateurs de CLS (lorsque le territoire est concomitant à celui de la CPTS), dans une moindre mesure accompagnement de la FEMASCO</li> <li>- Des coordinateurs qui jouent un rôle central dans la formalisation (lorsqu'ils peuvent être financés dès cette étape) et dans le déploiement des actions ; parfois un appui sur des fonctions support (secrétariat, communication) mais une majorité de coordinateurs qui assurent un nombre important de missions</li> </ul>

# 8. Transports Sanitaires Urgents (TSU)

---

## 8.1 Questionnements et méthode pour l'évaluation

Les entretiens exploratoires avec les pilotes ont permis d'identifier 5 questions évaluatives à traiter pour le volet « transports sanitaires urgents ». Quatre questions portent sur les résultats obtenus.

En quoi les réorganisations, mises en œuvre dans le cadre des expérimentations, ont-elles permis de trouver des solutions adaptées et satisfaisantes pour l'ensemble des acteurs, au regard des contraintes posées par le cadre national ?

- Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ?
- Comment peuvent s'expliquer les différences entre les territoires ?

Les organisations, mises en place dans le cadre des expérimentations, permettent-elles de répondre à tous les besoins (type de PEC, période de la journée / de l'année) dans tous les territoires ; et au regard des contraintes posées par le cadre national ? Des besoins restent-ils mal couverts ?

Dans quelle mesure, la récente réforme implique-t-elle une réorganisation des modalités de travail mises en œuvre dans les territoires ? Que va-t-elle apporter de plus ?

La mobilisation autour de la réorganisation des TSU dans les territoires permet-elle de mobiliser les acteurs dans la durée, pour un ajustement de l'organisation au fil de l'évolution démographique / l'évolution des besoins ?

Une 5<sup>ème</sup> question porte sur l'appropriation du PRS par les partenaires (enjeu transversal pour tous les volets de l'évaluation).

- Les partenaires de l'ARS mobilisés dans la réorganisation des TSU (SDIS, SMUR, CRRA15, ambulanciers, Assurance maladie, Conseils départementaux) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?

Pour répondre à ces questions, 6 personnes ont été entendues dans le cadre de 6 entretiens semi-directifs.

La collecte d'informations a été concentrée dans 3 départements : la Nièvre (58), l'Yonne (89) et le territoire de Nord-Franche-Comté. Enfin, les échanges avec les acteurs ont été complétés par une analyse de la documentation mise à la disposition de l'équipe. L'ensemble des sources est présenté en annexe.

Les acteurs impliqués dans les TSU (CRRA15, SDIS et ADTSU) dans ces territoires et interrogés dans le cadre de la démarche évaluative n'étaient pas tous pleinement en capacité d'identifier clairement les mesures récemment prises dans les territoires pour répondre aux carences ambulancières et les effets qui ont pu en découler. Si les réorganisations dans la Nièvre semblent globalement identifiées (parties 1.3.1 et 1.3.2), les récents changements et réflexions dans les deux autres territoires sont plutôt perçus comme des évolutions isolées et non pas comme des éléments s'inscrivant dans une démarche et un contexte globaux. A cet égard, l'appui de l'ARS dans les réorganisations n'est pas toujours identifié, de même que le lien entre ces réorganisations et le PRS. Les discours collectés s'apparentent alors plus

à une vision opérationnelle du quotidien, qu'à une perspective d'ensemble qui permettrait de relier les problèmes identifiés aux mesures prises puis aux effets observés. Ainsi, en plus du faible nombre d'acteurs rencontrés (2 par territoire), les modalités de réorganisations et les effets induits ont été difficilement décelables et objectivables.

Néanmoins, les exemples de fonctionnement dans les territoires permettent de mettre en avant des facteurs de réussite dans la gestion des TSU et des freins. Si, selon les acteurs, ces éléments ne permettent pas nécessairement d'accroître la mobilisation des ambulances, ce sont néanmoins des éléments qui facilitent la gestion globale des TSU et permettent alors un certain gain d'efficacité.

## **8.2 Enseignements généraux sur le dispositif**

### **8.2.1 La Nièvre, terrain d'expérimentation à partir de 2019**

#### **Nouvelles sectorisation et tarification des TSU pour favoriser la mobilisation des ambulances**

À partir de septembre 2019, le département de la Nièvre a fait l'objet d'une expérimentation conduite par l'ARS et visant à répondre aux difficultés posées par les importantes carences ambulancières. Plusieurs axes ont été travaillés dans ce cadre. En premier lieu, le système de garde et la sectorisation ont été redéfinis et un « renversement » de l'approche a été opéré. Il s'agissait d'assurer une mise à disposition exclusive du CRRA15 d'un certain nombre d'ambulances sur des créneaux générant le plus de demandes, à savoir en journée. Pour autant, la garde départementale autour des heures de nuit profonde, les week-ends et jours fériés, a été maintenue. Des moyens de garde ont donc été mis en place en journée afin de garantir des moyens disponibles au moment où l'activité est la plus importante, en matière de TSU mais aussi en termes de soins programmés pour les ambulances (qui sont par conséquent déjà très mobilisées et donc moins disponibles pour effectuer des TSU). Cette refonte de la période de garde a aussi été pensée en cohérence avec les disponibilités des SDIS, davantage mobilisables en nuits profondes, jours fériés et les week-ends, que pour répondre aux carences en journée, une grande partie des pompiers étant volontaires.

En parallèle, le nombre de secteurs de garde dans la Nièvre est passé de 7 à 5 (secteur de Cosne-Cours-sur-Loire, secteur de Nevers, secteur de Clamecy, secteur de Château-Chinon, secteur de Decize), de manière à calquer les périmètres sur les secteurs SMUR afin que les moyens mis à disposition soient à maximum 30 minutes de leurs zones d'intervention et que le temps de transport vers les urgences les plus proches soit réduit. Certains secteurs particulièrement actifs disposent d'un ou deux moyens de garde supplémentaires, comme à Nevers qui dispose d'un moyen de garde supplémentaire sur le créneau de 8h à 2h. L'expérimentation a conduit à une réorganisation des moyens de garde, de la manière suivante : quatre secteurs de garde sont assurés 24h/ 24, couvrant ainsi 90% de la population, et un secteur de garde (Clamecy) est assuré en 16h/24 permettant de couvrir le reste de la population. Les 8 heures restantes sont assurées par le SDIS et le SAMU.

**Figure 12 – Secteurs d’organisation des TSU dans la Nièvre**



Source : ARS, 2020

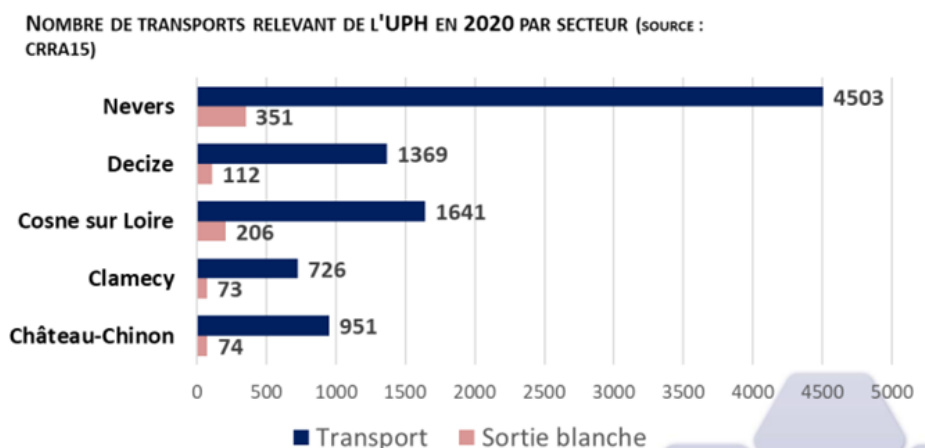
En complément, un système de tarification spécifique a été mis en place pour garantir un niveau de revenu aux sociétés d’ambulances se mobilisant pour réaliser les TSU, en particulier en cas de faible demande au moment de leur garde. Concrètement, cette garantie s’élevait à 800€ par plage horaire en jour ouvré (12h) et par véhicule mobilisé. Les recettes engendrées par la mobilisation effective d’une ambulance étaient déduites de ce montant. En complément, une aide pour la gestion financière et administrative de l’expérimentation à hauteur de 600€ (sur la période de l’expérimentation) était versée par l’ARS. La somme était versée en échange de l’engagement de l’ADTSU à organiser et garantir une réponse optimisée aux UPH, en lien avec les équipes des sociétés d’ambulances qui participaient à l’expérimentation.

Enfin, l’expérimentation comprenait le recours systématique à un logiciel (partie 1.3.2) permettant la transmission dématérialisée des missions aux ambulances et SDIS par le CRRA15, en période de garde et hors période de garde.

Après plusieurs mois d’expérimentation, en 2020, le département de la Nièvre avait observé 11 349 transports relevant de l’UPH, dont 9 538 relevaient du transport primaire sans SMUR (84 %) et 468 relevant du transport primaire avec SMUR (4 %) <sup>25</sup>. Parmi les 10 006 transports primaires (avec ou sans SMUR), près de la moitié (48,5 %) concernait le secteur « Nevers ». Le nombre de sorties blanches, autrement dit les situations où les patients n’ont finalement pas été transportés vers les services d’urgences depuis le lieu d’intervention, s’élevait à 816, soit environ 8,15 % des TSU déclenchés.

<sup>25</sup> Les autres transports relèvent du transport urgents entre services d’urgence.

**Figure 13 - Nombre de transports relevant de l'UPH en 2020 au sein du département de la Nièvre**



Source : Etude d'impact Nièvre, 31 août 2021, à partir des données du CRRA15

Selon les acteurs, cette réorganisation a permis de diminuer la part des carences parmi l'ensemble des UPH. En effet, le nombre net de carences est resté stable (en 2020, on comptait 3 744 carences pour le département de la Nièvre pour 11 349 transports relevant de l'UPH)<sup>26</sup>, mais les acteurs observent une hausse globale de l'activité UPH<sup>27</sup>. La part des carences dans les missions de TSU a alors été abaissée, du point de vue des acteurs.

### Une pré-mise en œuvre de la réforme nationale en 2021

Le réorganisation mise en place dans la Nièvre a servi de territoire d'expérimentation pour penser une réforme nationale (cf. partie 1.3.4). L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a été le principal concepteur du projet de réforme nationale sur les transports d'urgences pré-hospitalières (TUPH). Dans cette perspective, le département de la Nièvre a été choisi pour concrétiser, en 2021, la nouvelle organisation prévisionnelle de la garde ambulancière prévue par le projet de réforme et confirmer par la suite la faisabilité de la réforme à l'échelle régionale et pour chaque acteur impliqué.

Cette démarche s'est en effet basée sur le contexte de « pré-réforme » de la Nièvre. Le passage de 7 à 5 secteurs et la mise en place de moyens dédiés en journée avec une garantie de revenu par l'ARS s'apparentaient aux prémices de la réforme nationale et faisaient de la Nièvre un terrain favorable pour y mener une étude approfondie ayant vocation à identifier ses potentiels effets en cas de déploiement.

L'étude d'impact conduite en 2021 sur la Nièvre est le fruit d'un travail collaboratif décliné en plusieurs étapes. Des séances de travail ont été organisées et les besoins du territoire en matière d'UPH (nombre de moyens, créneaux horaires, ...), ont été identifiés et validés, grâce à l'utilisation de données produites par un simulateur, élaboré par l'ARS BFC. Ces besoins ont en effet été calculés sur la base des données recensées par le CRRA15, sur tous les transports engagés par le CRRA15 dans la Nièvre. Les chiffres obtenus ont été répartis en fonction de la nature des interventions (UPH, hors-UPH, ...), les sorties blanches ont été dénombrées et les missions qualifiées (UPH avec SMUR, sans SMUR, transferts urgents entre services d'urgence, ...). Les premières projections réalisées ont donné lieu, au fil de l'expérimentation, à des ajustements. Les échanges réguliers entre acteurs, au fur et à mesure de l'avancement de la démarche, ont mis en évidence la nécessité d'ajuster les prévisions, comme par

<sup>26</sup> Etude d'impact UPH Nièvre 31 Août 2021

<sup>27</sup> Ce constat se base sur les ressentis des acteurs interrogés et non pas sur des données chiffrées et objectivables.

exemple le nombre de moyens nécessaires sur un secteur à revoir à la hausse ou les heures de garde à sensiblement modifier sur un autre.

Grâce à ce travail, les quotas d'heures de garde en transports sanitaires ont été déterminés. Sur cette base, des propositions d'organisation ont été faites (scénarios), suivies de simulations afin de visualiser les effets de ces organisations sur les territoires, comme le montre le tableau ci-dessous :

**Figure 14 – Résultat détaillé d'un scénario issu de l'étude d'impact réalisée dans la Nièvre en 2021**

		Scénario SA	Scénario SE	Scénario SG
Seuil DGOS-simulateur :		2,5-1,5 en journée 2 en soirée et nuit	Nevers : 2 moyens en journée, 1 moyen en soirée et nuit	Proposition SDIS revue en réunion le 17/8 :
			Decize et Cosne : 1 moyen H24	Scénario SF sans le 2e moyen en garantie de revenu en soirée à Nevers (maintien du moyen en garde commerciale)
			Clemecy et Château-Ch. : 1 moyen en journée et soirée, 0 la nuit	
<b>Nombre de secteurs</b>		5	5	5
Nombre de moyens de garde	Semaine 8h-20h	7	6	6
	Semaine 20h-24h	6	5*	5*
	Semaine 0h-8h	1	3	4
	Samedi 8h-20h	7	6	6
	Samedi 20h-24h	6	5*	5*
	Samedi 0h-8h	1	3	4
	Dimanche et JF 8h-20h	7	6	6
	Dimanche et JF 20h-24h	6	5*	5*
Dimanche et JF 0h-8h	1	3	4	
<b>Nombre d'heures de moyens de garde postés</b>		<b>42 340</b>	<b>42 340</b>	<b>45 260</b>
Nombre de transports UPH		12 517	11 864	12 094
Nombre de carences		2 578	3 231	3 001
<b>Financement modèle (Facturations, garantie de revenue, carences)</b>		<b>3 044 269 €</b>	<b>3 313 189 €</b>	<b>3 464 785 €</b>
% de la population en fonction du type de secteurs	H24	51,30%	81,50%	90,90%
	H16	39,60%	18,50%	9,10%
	H12	9,10%	0%	0%
	H0	0%	0%	0%
* +1 moyen commercial sur le secteur de Nevers de 20h à 2h				

Source : Etude d'impact UPH Nièvre, 31 Aout 2021, à partir des données du simulateur ARS BFC

Les différents scénarios ont été discutés et un schéma d'application a été validé. Ce schéma inclut aussi les moyens nécessaires pour les retours à domicile, indispensables à connaître pour définir les moyens UPH au global.

Les acteurs interrogés n'identifient pas de réels effets de l'étude d'impact conduite, en raison de son caractère encore relativement récent au moment des entretiens, mis à part un dialogue accru entre eux. Ils pressentent néanmoins une plus grande mobilisation à venir des ambulances pour les TSU, et donc une diminution du nombre de carences, ou a minima une diminution relative.

## 8.2.2 Une géolocalisation des moyens disponibles pour gagner en efficacité dans la réponse aux UPH

Selon les acteurs interrogés, les outils de travail dont disposent les SDIS, ambulanciers et CRRA15 constituent un levier déterminant pour la gestion des TSU.

Certains territoires, comme la Nièvre, ont opté pour une dématérialisation des outils. Le CRRA15 de Dijon s'est pour cela doté d'un logiciel de régulation et de géolocalisation raccordé à la fois au logiciel utilisé par le SDIS et au logiciel utilisé par les sociétés d'ambulance, appelé Sirius. L'interopérabilité du logiciel avec tous les services d'urgence est facilitée par l'utilisation de la norme d'échange NF399, qui définit les exigences que doivent respecter tous les logiciels qui concourent aux missions de sécurité civile et de secours à personne amenés à produire, traiter ou échanger des données à travers les réseaux de communication nationaux des acteurs du secours. Ce logiciel d'information géographique donne accès à une cartographie en ligne des disponibilités des SDIS et ambulances sur le secteur nécessitant un TSU et permet d'automatiser l'attribution des missions TSU. Les ATSU paramètrent le système selon les modalités de garde convenues avec les sociétés d'ambulance et l'ARS (nombre de moyens par secteurs, périodes de garde, ...). Plus concrètement, la gestion des TSU se fait de la manière suivante :

- Le CRRA15 émet une demande d'ambulance en indiquant un délai d'intervention, déterminé selon la situation rencontrée ;
- Le logiciel opère une recherche des ambulances disponibles conformément au délai renseigné et à l'organisation fixée par l'ATSU :
  - o La nuit, seules les ambulances de garde sont sollicitées ;
  - o Le jour, les ambulances de garde sont en priorité interrogées, puis les ambulances du secteur mais qui ne sont pas assignées de garde.
- Si une ambulance accepte la mission, l'information de validation revient au CRRA15 et l'ambulance effectue la mission ;
- Si aucune ambulance n'accepte la mission dans les 5 minutes, une nouvelle demande est envoyée via le logiciel ;
- Si la mission ne parvient pas à être attribuée, le coordonnateur ambulancier complète les premières sollicitations par des appels téléphoniques ;
- Si la demande demeure infructueuse, le CRRA15 fait appel aux pompiers au titre de la carence ambulancière, toujours en utilisant le logiciel Sirius (le logiciel du SDIS étant interopérable avec Sirius).

Dans les territoires où les outils ne sont pas dématérialisés, la sollicitation des ambulances par le CRRA15 se fait par téléphone, sur la base d'une liste fixée par l'ATSU recensant les ambulances de garde pour les périodes concernées (week-ends, jours fériés, nuits profondes) et d'une liste globale des ambulances du secteur (hors week-ends, jours fériés et nuits profondes). Ce fonctionnement est, d'une part, chronophage (appel des ambulances les unes après les autres, indication du contenu de la mission à chaque appel) et, d'autre part, limitant car les CRRA15 ne vont généralement pas au-delà de la sollicitation de trois ambulances pour une mission. En effet, après trois réponses infructueuses, l'appel au SDIS est déclenché afin que la mission soit assurée dans le délai imparti.

Selon les acteurs, le nombre de carences ambulancières n'a, à ce jour, pas diminué dans la Nièvre, comme évoqué précédemment. Pour autant, la géolocalisation des moyens sécurise la démarche, notamment car elle supprime les risques d'erreur dans les retranscriptions d'adresses ou la mauvaise qualité des communications par téléphone. Ce procédé permet également de tracer les moyens en

marquant les heures de début et de fin de mission, les heures d'arrivée et de départ des hôpitaux, ... L'automatisation de la démarche constitue, selon eux, un véritable levier dans la gestion des TSU, puisque cela engendre :

- Une plus grande efficacité dans l'attribution des missions par la sollicitation de l'ensemble des ambulances mobilisables sur un secteur, et la rapidité et la clarté dans la transmission d'informations ;
- Des temps d'intervention réduits grâce à des erreurs d'indication réduites ;
- Une remise en disponibilité des ambulances plus rapide ;
- Et donc une baisse des carences ambulancières.

### 8.2.3 Un travail de mise en lien et de rencontre qui a permis de formaliser un partenariat

#### Des rencontres à géométrie variable qui permettent aux acteurs de mieux se connaître et d'ajuster les relations

L'organisation des TSU nécessite la création de liens et la mise en place d'une coordination entre SDIS, ATSU/sociétés d'ambulance et CRRA15. Les acteurs ont indiqué que la logique de silo a longtemps été présente dans la gestion des TSU, jusqu'à récemment, où les modalités d'échanges se sont accrues, particulièrement dans l'objectif de maîtriser les carences ambulancières. Les trois territoires prévoient des modalités de coordination établies entre CRRA15, SDIS et ATSU plus ou moins fréquentes et formalisées. Autrement dit, il n'existe pas toujours de calendrier de réunions pour mettre en lien les acteurs et échanger sur les situations rencontrées. Dans l'Yonne, ce sont des réunions mensuelles qui sont organisées entre les trois acteurs afin de solutionner les éventuelles difficultés rencontrées et d'apporter des modifications à la convention qui les lie, si besoin en est. En Nord-Franche-Comté, les acteurs se réunissent également mais sans qu'une fréquence ne soit décidée à l'avance (variable). La fréquence de réunion des trois types d'acteurs est moindre dans la Nièvre (réunions semestrielles sur le secours à la personne avec les 3 acteurs).

Pour autant, quelles que soient la fréquence et les modalités des échanges, les relations entre acteurs sont perçues comme globalement bonnes et efficaces, dans les trois territoires. Les acteurs des TSU avancent faire passer les besoins des patients avant d'éventuels désaccords et dysfonctionnements, en vue de garantir l'efficacité des interventions. Dès lors, la mobilisation durable des acteurs semble assurée pour la suite, notamment en vue de procéder à des ajustements dans les organisations conformément aux évolutions des territoires.

#### Une convention redéfinie et actualisée régulièrement pour optimiser la répartition des missions des parties prenantes

Dans l'Yonne, une convention tripartite a été signée en 2018 par le SAMU (CRRA15), le SDIS et l'ATSU. Cette convention est depuis animée par des réunions mensuelles entre les acteurs afin d'échanger sur les difficultés rencontrées (recensement des carences, identification des secteurs problématiques, ...) et les moyens à envisager pour y répondre. Les forces de l'ordre sont ponctuellement conviées à ces réunions pour la sécurisation des interventions extra-hospitalières. En janvier 2022, un avenant à la convention a été rédigé pour mieux typologiser les motifs d'intervention TSU et requalifier les motifs qui revenaient aux transporteurs privés et au SDIS, en première instance. À ce titre, il a été convenu que les missions de relevage à domicile et les missions d'UPH à domicile ou en milieu protégé seraient confiées aux transporteurs privés. L'objectif était ici de recentrer autant que possible les interventions



du SDIS autour de ses missions propres<sup>28</sup> et des carences. En définitive, le principal effet constaté suite à cette mesure est une baisse de la pression sur les SDIS, en raison d'un report d'une partie des sollicitations du CRRA15 vers les transporteurs privés et d'un transfert plus important des appels reçus directement par les SDIS vers le CRRA15, avant la mobilisation directe des pompiers.

L'engagement de l'ensemble des acteurs dans cette dynamique est salué par les personnes interrogées car il permet d'actualiser régulièrement le contenu de la convention en adéquation avec les enjeux rencontrés, souvent renouvelés. Selon les acteurs rencontrés, le maintien de cette dynamique partenariale autour de la convention, mais plus globalement aussi autour de la réponse aux TSU, permet de trouver des compromis entre acteurs pour répondre au mieux à la demande. L'animation et la mise à jour régulière de la convention favorise, selon eux, une interconnaissance des acteurs et des modalités de travail partenariales solides. Elle garantirait en outre la durabilité de la dynamique partenariale, élément jugé essentiel pour la gestion des TSU, qui requiert une coordination fluide entre ces acteurs.

Globalement, les effets de cette organisation sont donc jugés satisfaisants. Si le nombre absolu de carences dans le territoire n'a pas faibli, le nombre relatif semble avoir diminué, selon les observations des acteurs<sup>29</sup>. Cet élément s'explique en partie par l'augmentation des missions d'UPH, en raison, entre autres, des requalifications des motifs d'intervention entre ambulances et SDIS ayant attribué davantage de missions *de facto* aux ambulances, exposant ainsi à une augmentation des carences. De manière générale, des améliorations sont donc constatées sur la part que représente les carences ambulancières dans les missions TSU.

Il est souligné qu'aucune demande ne reste sans réponse, grâce à l'intervention du SDIS, bien que certaines missions observent des délais plus longs de réponse. De manière plus indirecte, les acteurs entendus avancent que la requalification des missions TSU a eu pour effet de valoriser la profession d'ambulancier (reconnue pour ses compétences en matière de prise en charge des patients à domicile) et de faire baisser la pression sur les SDIS pour certaines missions de secours à la personne. Cette évolution dans l'organisation est d'autant plus appréciée qu'une grande partie des effectifs des SDIS sont des volontaires, plus facilement mobilisables en soirée et en nuit profonde qu'en journée. En outre, la formalisation de la caractérisation des situations potentielles rencontrées en TSU permettrait de fluidifier l'attribution de missions par le CRRA15.

### **La mise en place d'une fonction de coordination ambulancière pour améliorer la réponse ambulatoire**

Dans le cadre des expérimentations menées dans la région, une coordination ambulancière a été mise en place. Elle est assurée en continue et adaptée en fonction de l'activité du département, afin d'optimiser la coordination opérationnelle entre le CRRA15 et les ambulanciers dans tous les départements. Concrètement, le coordonnateur ambulancier a pour mission :

- D'assurer le suivi et un recensement exhaustif de l'activité des entreprises de transports sanitaires urgents participant à l'aide médicale urgente, des indisponibilités et des carences ambulancières ;
- De solliciter les entreprises de transport sanitaire de garde et hors garde pour répondre aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU ;

---

<sup>28</sup> Missions ne pouvant être effectuées que par un SDIS.

<sup>29</sup> Ce constat se base sur les ressentis des acteurs interrogés et non pas sur des données chiffrées et objectivables.

- De communiquer l'ensemble de ces données à la CPAM chargée du versement de la rémunération, à l'ATSU, aux entreprises de transport sanitaire participant à la garde ainsi qu'aux SIS.

Un personnel dédié à cette mission a été mis en place auprès de chaque CRRA15 au moins en journée.

Le coordonnateur ambulancier est recruté soit par les transporteurs sanitaires via l'ATSU, soit par l'établissement de santé siège du CRRA15. Une convention de participation au financement entre l'ARS et l'employeur du coordonnateur ambulancier peut être mise en place. La mise en place de la coordination ambulancière en Bourgogne-Franche-Comté s'est faite entre 2019 et 2022, au sein de différents CRRA15 (CHU Dijon, CHU Besançon, CH Chalon-sur-Saône, CH Auxerre).

Bien que les trois territoires concernés par cette étude accueillent un coordonnateur ambulancier, aucun des acteurs interrogés n'a mentionné le rôle de celui-ci dans l'organisation et la gestion des TSU.

## 8.2.4 Des démarches parallèles au PRS déterminantes pour la gestion des TSU

### Un travail sur la gestion des lits et sur les sorties d'hospitalisation qui a impacté les TSU

Le nombre de carences ambulancières en Nord-Franche-Comté serait, selon les acteurs interrogés, moins important que dans les autres départements de la région<sup>30</sup>. Le territoire disposerait en effet d'un vivier d'une trentaine d'ambulances fortement mobilisées pour assurer les UPH, permettant une disponibilité à minima de 4 ou 5 ambulances hors période de garde. De plus, les acteurs soulignent que le territoire de Nord-Franche-Comté ayant une superficie restreinte et inférieure à la moyenne des autres territoires, les temps de trajet effectués pour les TSU sont diminués – permettant ainsi d'effectuer un plus grand nombre de missions TSU sur une plage horaire donnée que sur un autre territoire, et de remobiliser rapidement des moyens. Pour autant, le territoire n'échappe pas au phénomène des carences ambulancières, notamment lorsqu'en 2016 ces dernières ont, d'après les acteurs, presque doublé. Dans ce contexte, en 2018, deux mesures ont été prises à l'initiative de l'hôpital de Trévenans. Deux dispositifs de gestion des flux d'ambulances ont en effet été créés : les salons de sortie et la cellule d'ordonnancement des flux. Ces initiatives ont été prises indépendamment du PRS mais ont été pointées pas les acteurs interrogés comme des leviers pour renforcer la mobilisation des ambulances pour les missions de TSU.

Les salons de sortie constituent des pièces intermédiaires dans lesquelles les patients pris en charge par l'hôpital attendent qu'une ambulance ou un proche soit disponible pour les ramener à leur domicile après les soins. Spécifiquement dédiés à l'attente, ces espaces constituent des sas intermédiaires permettant de faciliter et d'accroître l'efficacité des missions post-hospitalières effectuées par les ambulances. En effet, jusqu'alors, ces missions étaient particulièrement chronophages (déplacements des ambulanciers au sein de l'hôpital pour trouver les patients, patients pas encore disposés à partir...) et freinaient la disponibilité des ambulances pour d'autres missions. Cette mesure a eu pour effet de réduire les délais de prise en charge des patients pour les sorties d'hospitalisation (un unique lieu de prise en charge, patients déjà installés sur des brancards).

La cellule d'ordonnancement des flux est un dispositif de régulation qui impose d'échelonner les entrées et sorties des patients admis à l'hôpital (dans la mesure du possible pour les heures d'entrée, et donc principalement pour les soins programmés). De cette manière, la mobilisation des ambulances sur le territoire, pour ces missions, se fait de manière différée et temporisée. Dans les faits, les acteurs constatent que le dispositif n'est pas encore pleinement effectif (beaucoup de sorties encore programmées aux mêmes heures), mais soulignent qu'un véritable échelonnement des missions de sortie permettrait de favoriser la disponibilité des ambulances pour les TSU.

---

<sup>30</sup> Ce constat se base sur les ressentis des acteurs interrogés et non pas sur des données chiffrées et objectivables.

En conclusion, bien que ces mesures ne s'inscrivent pas directement dans une logique d'amélioration de la réponse des ambulances aux TSU, selon les acteurs interrogés, ces mesures ont en partie permis d'accroître la disponibilité des ambulances et de diminuer le nombre de carences. Leur nombre serait ainsi revenu à un niveau similaire à celui observé avant le pic de 2016.

### Un renforcement de la fiabilité de la transmission d'informations, par la dématérialisation, dans le cadre des missions TSU

Dans la Nièvre, les acteurs soulignent la pertinence de la dématérialisation de la transmission d'informations et des bilans produits vers le CRRA15, dans le cadre des missions TSU, par le biais de la plateforme Nomadic. Les ambulanciers ou SDIS réalisent le bilan sur une tablette et l'envoient instantanément au CRRA15. Néanmoins, toutes les sociétés d'ambulance et toutes les casernes de SDIS ne sont pas dotées de tablettes, outils indispensables pour ce procédé.

Les acteurs rapportent que la dématérialisation des bilans permet de gagner en efficacité et en rigueur dans la réalisation des missions TSU. L'utilisation de tablettes par les ambulanciers et SDIS permet de faciliter et fiabiliser la remontée d'informations, notamment grâce à l'envoi de photos qui permettent de davantage objectiver l'analyse de la situation.

Sans dématérialisation, les acteurs transmettent les informations via une fiche-papier au personnel de l'hôpital au moment de l'arrivée aux urgences, ou par téléphone ou radio auprès du CRRA15 qui retranscrit les éléments dans son logiciel. Ce système peut générer, selon les acteurs, des incompréhensions et s'avère également chronophage.

### Une mise en place progressive de la réforme

#### **Les principes de la réforme nationale**

*La réforme, dont le décret est officiellement paru en avril 2022, suivi par une instruction interministérielle au 13 mai 2022, fixe comme objectifs « de garantir la prise en charge des interventions et des transports de patients en situation d'urgence dans les délais requis et dans tous les départements, de mieux mobiliser les transporteurs sanitaires investis dans cette mission et d'assurer l'équilibre économique des entreprises ». La nouvelle organisation s'inspire des initiatives développées dans de nombreux territoires ces dernières années, notamment les expérimentations menées dans sept départements jusqu'au 31 décembre 2022, dont la Nièvre, en application de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012.*

*La réforme doit ainsi permettre de travailler sur la sectorisation des transports en répartissant les gardes ambulancières sur plusieurs secteurs infra-départementaux ou inter-départementaux (comme en Nord-Franche-Comté, par exemple) afin d'assurer une plus grande proximité. Sur la base de cette sectorisation, les moyens doivent être renforcés dans les secteurs et créneaux à forte activité, comme en journée. La réforme prévoit également la mobilisation de moyens de garde avec garantie de revenus aussi en journée, tous les jours de l'année, mais il est convenu que « la durée de la garde peut être adaptée selon les secteurs de garde en fonction du niveau d'activité attendu »<sup>31</sup>. En Bourgogne-Franche-Comté, l'organisation du service de garde devra se faire avec des moyens dédiés sur les périodes à forte activité, selon une jauge identifiée par le simulateur régional.*

*Ces seuils définissent un quotas d'heure de garde avec garantie de revenus, par territoire, avec une certaine souplesse accordée. La réforme instaure en effet un nouveau modèle de rémunération des transporteurs ayant pour objectif d'inciter les ambulances à répondre aux besoins en TSU. Ce nouveau modèle a vocation à être plus attractif pour les sociétés d'ambulances, notamment car il suppose une garantie de revenu et une compensation des missions conduisant à des sorties blanches, en plus d'un forfait et d'un tarif kilométrique.*

*Cette organisation est régulée par une convention nationale des transporteurs sanitaires privés, dont le but est précisément d'optimiser la mise à disposition de moyens en véhicules et en personnels en fonction du*

<sup>31</sup> Décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde

*secteur attribué. Un cahier des charges départemental fixant le cadre et les conditions d'organisation de la garde des transports sanitaires est arrêté par le directeur général de l'ARS.*

*Plus encore, le principe de géolocalisation des moyens disponibles par le CRRA15 est acté, afin d'attribuer les missions de manière optimale et dans des délais rapides.*

*En parallèle de cette réforme :*

- *La rémunération des missions effectuées par les SDIS au titre de la carence ambulancière a été revalorisée de 123 euros à 200 euros.*
- *Une indemnité de substitution est mise en place dans les secteurs non-couvert ou partiellement de 12€ de l'heure*

Les trois territoires ayant fait l'objet d'un zoom dans le cadre de cette évaluation ont, d'une manière ou d'une autre, anticipé cette réforme. Cette anticipation a été permise par l'information et l'accompagnement au fil de l'eau des acteurs, par l'ARS notamment, vis-à-vis des grands principes de la réforme, avant que celle-ci soit pleinement actée. La Nièvre est ici un cas à part (puisque'elle est le territoire d'expérimentation de la réforme) et est déjà en ordre de marche depuis plusieurs mois. Les résultats induits par l'étude d'impact sont encore peu identifiés par les acteurs du territoire au moment des entretiens, mais ceux-ci voient dans la réforme une manière d'officialiser un fonctionnement déjà en place. Les décrets n'étant parus qu'à la fin du mois d'avril 2022, ceux-ci étaient, au moment des entretiens, dans l'attente du déblocage des financements prévus par la réforme.

Le territoire de Nord-Franche-Comté et l'Yonne ont travaillé ces derniers mois à la préparation de l'application de cette réforme, avant tout en organisant des temps d'échanges rassemblant les principales entités concernées (CRRA15/hôpitaux, SDIS et ATSU). Des simulations ont également été effectuées dans ces territoires, avec l'appui technique et stratégique de l'ARS, afin d'évaluer les besoins des territoires selon leurs activités, d'adapter le dimensionnement des gardes ambulancières sur chaque secteur, et de redéfinir le périmètre des secteurs. Dans l'Yonne, la modification de la convention tripartite en janvier 2022 évoquée plus haut a eu pour effet, selon les acteurs, d'avancer progressivement vers les nouvelles modalités prévues par la réforme. Dans ce territoire, un document prévoyant la réorganisation de la garde (nombre de secteurs et nombre de moyens sur ces secteurs) a été présenté lors d'un Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) pour validation, plusieurs semaines avant la parution du décret d'avril 2022.

L'annonce et la mise en place de cette réforme était attendue avec une forme d'impatience dans les territoires. Effectivement, les acteurs voient dans son contenu, de ce qu'ils en savaient au moment des entretiens (avant la parution du décret donc), des mesures adaptées à leurs besoins et aux besoins des territoires. Au-delà de la formalisation de l'organisation, de son optimisation et de la tarification plus adaptée à leurs attentes, les SDIS, ATSU/sociétés d'ambulances et CRRA15 saluent le maintien d'une certaine souplesse au sein d'un cadre bien défini. Selon eux, cette adaptabilité aux particularités territoriales, mais aussi aux éventuelles évolutions démographiques, pour répondre aux besoins est gage d'efficacité. Mais c'est principalement la nouvelle tarification prévue qui nourrit l'espoir des acteurs dans la réforme, grâce à l'augmentation des montants attribués couplée à la perspective d'une rémunération des transporteurs privés au transport mais aussi à l'acte (et non plus seulement au transport effectif des patients vers les urgences, sans rémunération des sorties blanches). La garantie de recettes ainsi obtenue permettra aux sociétés d'ambulance de parvenir à un équilibre économique pour les missions TSU et de favoriser leur engagement.

## 8.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	<p>En quoi les réorganisations, mises en œuvre dans le cadre des expérimentations, ont-elles permis de trouver des solutions adaptées et satisfaisantes pour l'ensemble des acteurs, au regard des contraintes posées par le cadre national ? Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? Comment peuvent s'expliquer les différences entre les territoires ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les principales réorganisations perçues par les acteurs sont celles qui ont eu lieu dans la Nièvre, en 2019 puis en 2021. Dans les autres territoires, les acteurs n'identifient pas de transformations structurelles des TSU mais seulement des modifications et adaptations ponctuelles dans les organisations.</li> <li>- Les initiatives (nouvelles sectorisation, tarification et dématérialisation dans la Nièvre ; renforcement du partenariat et requalification des missions UPH dans l'Yonne) ont globalement contribué à fluidifier l'organisation de la gestion des TSU et à gagner en efficacité dans l'attribution et la réalisation des missions (bien que les effets soient variables selon les modifications apportées).</li> <li>- Les acteurs expriment leur satisfaction vis-à-vis des avancées obtenues mais soulignent des marges d'amélioration encore importantes (cf. réforme en cours de mise en place à compter d'avril 2022). Le nombre absolu de carences n'a, selon eux, pas diminué, notamment en raison de l'augmentation des UPH, mais le nombre relatif de carences semble, lui, avoir diminué.</li> <li>- La coordination et les bonnes relations entre acteurs ont permis de réfléchir et mettre en œuvre de manière efficace ces nouvelles organisations. Les échanges permettent de trouver des compromis, pour faire de la réponse aux TSU une priorité.</li> <li>- Les fines marges de manœuvre dans l'organisation des TSU dont disposent les acteurs (qualification des motifs d'intervention, outils de gestion des demandes ou modalités de coordination entre acteurs) viennent expliquer les différences observées entre les territoires. Ces différences ont néanmoins vocation à être atténuées par la mise en place de la réforme.</li> </ul>
	<p>Les organisations, mises en place dans le cadre des expérimentations, permettent-elles de répondre à tous les besoins (type de PEC, période de la journée / de l'année) dans tous les territoires ; et au regard des contraintes posées par le cadre national ? Des besoins restent-ils mal couverts ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De manière générale, les demandes en TSU sont satisfaites et aucune n'est laissée sans réponse. Des situations très spécifiques, comme le transport bariatrique, peuvent néanmoins poser des difficultés – mais ces situations sont rarement rencontrées.</li> <li>- Les délais d'intervention peuvent être importants, compte-tenu de la difficulté persistante à trouver des ambulances disponibles et des outils de gestion peu efficaces (sauf dans la Nièvre qui a opté pour la dématérialisation des outils).</li> <li>- Si les demandes d'UPH sont satisfaites, les carences ambulancières n'ont pas, selon les acteurs au moment de l'évaluation, encore suffisamment diminué.</li> <li>- Un système structuré et partagé de recensement et d'analyse des données chiffrées entre les acteurs fait défaut et ne permet de suivre rigoureusement la mise en place et les effets des organisations des TSU.</li> </ul>
	<p>Dans quelle mesure, la récente réforme implique-t-elle une réorganisation des modalités de travail mises en œuvre dans les territoires ? Que va-t-elle apporter de plus ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La réforme est perçue par les acteurs comme décisive dans la mobilisation des ambulances pour réaliser des TSU grâce à la nouvelle tarification et la garantie de revenus qu'elle instaure, mais aussi grâce à l'organisation de la garde davantage en phase avec les réalités rencontrées.</li> <li>- Les nouveaux outils qui seront utilisés ainsi que le redécoupage des secteurs sont perçus comme des vecteurs d'efficacité dans l'attribution et la réalisation des missions de TSU.</li> <li>- La Nièvre, grâce aux études préparatoires menées dans le département dans le cadre de la réforme, et l'Yonne, grâce au partenariat accru dans le cadre d'une convention tripartite, présentent une certaine avance dans la mise en œuvre de ces principes.</li> </ul>
	<p>La mobilisation autour de la réorganisation des TSU dans les territoires permet-elle de mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs ont défini des modalités de dialogue, plus ou moins structurées, pour répondre au mieux aux demandes de TSU et s'adapter aux évolutions.</li> </ul>

	Question évaluative	Indicateur / source
	les acteurs dans la durée, pour un ajustement de l'organisation au fil de l'évolution démographique / l'évolution des besoins ?	- Le département de l'Yonne se démarque par l'initiative de ses acteurs de convenir d'un fonctionnement partenarial poussé permettant de maintenir une réelle dynamique de groupe et de mettre à jour régulièrement la convention qui les lie.
Appropriation	Les partenaires de l'ARS mobilisés dans la réorganisation des TSU (SDIS, SMUR, CRRA15, ambulanciers, Assurance maladie, Conseils départementaux) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	- Bien qu'ils n'identifient pas tous pleinement les objectifs stratégiques de l'ARS, les partenaires partagent <i>in fine</i> la vision de l'ARS sur la réorganisation des TSU, dans la mesure où leurs discours entrent cohérence avec les priorités de l'ARS. - Ils ont contribué à sa réussite en mettant en œuvre des initiatives de réorganisation des TSU, d'envergure plus ou moins grande selon les territoires, afin de diminuer le nombre de carences ambulancières.

# 9. Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

---

## 9.1 Questionnements et méthode pour l'évaluation

Les entretiens exploratoires avec les pilotes du parcours santé mentale de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté (cf. liste des personnes rencontrées en annexe) ont permis d'identifier 5 questions évaluatives à traiter pour le volet « PTSM », dont quatre questions portant sur les résultats obtenus.

- En quoi les projets et les contrats de santé mentale permettent-ils de construire, avec l'ensemble des acteurs de la filière, des réponses adaptées, couvrant les besoins des publics concernés et optimisant leurs parcours de santé ?
- En quoi les PTSM favorisent-ils le partenariat et la coopération entre les acteurs territoriaux, pour la mise en place de projets partagés et le développement de parcours de santé ?
- Comment les PTSM / CTSM s'articulent-ils avec les autres projets territoriaux en santé (CLS, CPTS, CLSM notamment) ?
- A quoi tiennent les différences de résultats entre les territoires ? Peuvent-elles être expliquées par des méthodes de travail différentes ?

Une 5<sup>ème</sup> question porte sur l'appropriation du PRS par les partenaires (enjeu transversal pour tous les volets de l'évaluation).

- Les partenaires de l'ARS mobilisés autour de la mise en œuvre des PTSM / CTSM (centres hospitaliers, URPS, coordinatrices, association de patients, associations d'accompagnement) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? La mise en œuvre des PTSM / CTSM s'inscrit-elle en cohérence avec les orientations du PRS ?

Pour répondre à ces questions, 13 personnes ont été rencontrées dans le cadre de 10 entretiens semi-directifs.

La collecte d'informations a été concentrée sur 3 départements : le Doubs (25), la Nièvre (58) et le territoire de Nord-Franche-Comté. Enfin, les échanges avec les acteurs ont été complétés par une analyse de la documentation mise à la disposition de l'équipe. Le détail de la collecte d'informations est précisé en annexe.

## 9.2 Enseignements généraux sur le dispositif

### 9.2.1 Une offre en santé mentale plus structurée

#### Une démarche ascendante pour répondre aux besoins des territoires

Dans les territoires, les diagnostics et les fiches-actions des PTSM ont été conçus de manière partenariale, en concertation principalement entre les professionnels de la santé mentale, mais aussi avec d'autres acteurs (élus, associations), lors de réunions de travail. L'objectif – qui, selon les acteurs, a été atteint – était d'instaurer une logique ascendante, permettant de concevoir des PTSM en adéquation avec les besoins et préoccupations des territoires et des acteurs de la santé mentale. Les acteurs impliqués dans l'élaboration des PTSM ont eu à cœur, dès le début de la démarche, de

répondre aux principes de territorialisation et d'« aller-vers » dans une logique de décloisonnement et de dépsychiatriation.

Le cadre national des PTSM offre la possibilité aux acteurs d'actualiser et de faire évoluer leurs actions par voie d'avenant. Bien que non utilisée à ce jour<sup>32</sup>, celle-ci présente l'avantage de garantir une adaptation des réponses à l'évolution des enjeux le cas échéant et apparaît comme rassurant pour les acteurs concernés.

A ce stade, une amélioration globale du traitement de la thématique de la santé mentale dans les territoires est constatée par les acteurs. La coordination des différents domaines de la santé mentale (cf. *infra*) a notamment permis d'éviter un phénomène de « doublon » dans l'offre, et donc d'éviter des coûts supplémentaires induits par le déploiement d'actions et dispositifs déjà en place par ailleurs. Les acteurs interrogés dans le cadre de cette démarche d'évaluation affirment également constater une dynamique en cours de dépsychiatriation de la santé mentale, bien que celle-ci n'en soit qu'à ses prémices. De manière générale, est constaté un gain d'efficacité dans l'organisation de l'offre de soins dans les territoires et dans l'accompagnement et la prise en charge de la population concernée.

Les engagements de cette pluralité d'acteurs sont entérinés dans les contrats territoriaux de santé mentale (CTSM), dont la signature est vue par les acteurs interrogés comme un vecteur d'engagement.

### **Une logique « parcours de vie » insuffisamment investie**

Selon les acteurs interrogés, avant l'émergence des PTSM, les liens manquaient entre le monde sanitaire et la psychiatrie d'un côté, et le monde médico-social de l'autre, malgré la pertinence que les coopérations entre eux représentent. Le cas des travailleurs sociaux est particulièrement évocateur : ces acteurs constituent des pivots essentiels dans le parcours de soins des patients, compte-tenu de leur rôle de premier rang dans l'insertion sociale et/ou professionnelle. Les PTSM ont représenté l'opportunité de réfléchir et davantage concrétiser les collaborations entre la médecine de ville et l'hôpital.

Les actions déployées s'étendent au-delà du renforcement de l'offre de soins (cf. partie suivante). Une partie des acteurs souligne que les réalisations issues de la mise en œuvre des PTSM ne vont pas suffisamment « sur d'autres terrains », et notamment sur le renforcement des coopérations entre professionnels. Le raisonnement en termes de « parcours de vie » des patients s'apparente encore plutôt à une réduction au « parcours de soins ». Malgré une logique « parcours » plus avancée dans le traitement des patients en matière de santé mentale, celle-ci s'articule encore essentiellement autour des aspects sanitaires des besoins des patients, et insuffisamment autour des aspects médico-sociaux, voire environnementaux.

### **Le développement de nouvelles actions pour répondre à des besoins jusque-là sans réponse**

Pour les trois territoires concernés par cette étude, les plans d'actions sont structurés en axes.

Celui de la Nièvre est articulé autour de 4 axes : la prise en charge de soins en réponse aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques au sein du territoire ; la prise en charge des enfants et adolescents en situation d'urgence et de crises ; l'articulation et la coordination entre les 3 secteurs sanitaires, médico-social et social ; le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique, l'insertion professionnelle.

Le plan d'action de Nord-Franche-Comté est composé de 4 filières (enfant/adolescent, adulte/addictologie, personnes âgées et transversale) et de 5 axes (accès au diagnostic et aux soins psychiatriques, situations inadéquates, accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux,

---

<sup>32</sup> Un avenant est en projet dans la Nièvre pour inscrire la future plateforme de coordination sur l'autisme dans le PTSM.



favoriser l'accès aux soins somatiques de personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique, prévention et gestion des situations de crise).

Le plan d'actions du Doubs est structuré autour de 7 actions-socles (et non pas d'axes thématiques), qui reprennent les thèmes suivants : la coordination autour des cas complexes ; le renforcement des CMP ; l'élargissement du périmètre de l'EMIL ; le développement des EMPP ; la création de liaison médicosociale adulte ; le développement de GEM (groupes d'entraide mutuelle) ; le développement de places de répit « adolescents ».

Un certain nombre de fiches-actions dans les PTSM prévoyait le développement de nouvelles offres de soins, mais aussi de nouvelles formes de coordinations entre professionnels ou de renforcement de celles-ci. Ces actions sont le fruit des échanges dans le cadre du diagnostic territorial partagé ou avaient déjà été pensées antérieurement mais sans être réalisées, souvent en raison d'un manque de moyens financiers/humains ou d'un manque de coordination entre acteurs. Il est souligné par les acteurs, et notamment les coordinatrices et les délégués départementaux de l'ARS, qu'un réel travail de réflexion a été mené pour innover et apporter de nouvelles réponses aux besoins. Plusieurs actions ont ainsi été travaillées et, pour certaines, mises en place (cf. encarts suivants), permettant ainsi de répondre à des besoins jusque-là non-couverts en matière de santé mentale dans les territoires.

### **Actions développées dans les territoires grâce à la mise en œuvre des PTSM**

Dans la Nièvre, le PTSM a notamment permis de mettre en place :

- le déploiement de l'équipe mobile de psychiatrie-précarité (EMPP) et la création d'une équipe mobile de maternologie et de psypérinatalité (UMMAP) ;
- des formations premiers secours en santé mentale (PSSM) à destination des citoyens (80 personnes formées et 4 formateurs et le déploiement du dispositif VIGILAN'S ;
- des actions de coordination entre les acteurs du sanitaire, du social, de l'ambulatoire et du médico-social : mise en place d'outils de liaison concrets pour renforcer le lien ville-hôpital (un parcours de santé pour les violences faites aux femmes, le dispositif d'approche transculturelle de la Nièvre, etc.), et, des groupes de travail pour créer un conseil local de santé mentale (CLSM) sur Nevers agglomération ;
- la révision du fonctionnement de l'hôpital de jour des enfants de 2-8 ans pour un accueil jusqu'à 10 ans et l'ouverture de l'hôpital de jour CAP'ADOS(11-18 ans) ;
- l'Unité Rapide d'Intervention et de Crise pour les Adolescents de la Nièvre (URICAN) ;
- la Plateforme de Coordination et d'Orientation des Troubles du Neuro-développement (PCO TND) ;
- l'Unité du psycho-traumatisme à destination des enfants et des adolescents ;
- 3 nouveaux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) dont un spécifique autisme, ;
- le Dispositif d'Accompagnement Psychologique vers l'Emploi (DAPsyVE) ;
- un point relais écoutes avec un projet spécifique auprès des centres sociaux dans les QPV.

Dans le Doubs, ont notamment été mis en place :

- 7 équipes mobiles, pour certaines spécifiques à la géronto-psychiatrie, aux jeunes adultes avec des épisodes psychotiques, aux adultes vivant en milieu rural, au public migrant, en pédopsychiatrie intervenant dans les établissements ESMS de type IME, DITEP ; aux adultes en ESMS de type FAM, MAS, FH/FH, ESAT ;
- une cellule pour les situations complexes sur les secteurs ruraux à destination des professionnels pour favoriser leur coordination et leurs coopérations, en collaboration avec la Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP et le Département) ;
- un dispositif d'accompagnement éducatif auprès des enfants de l'ASE (enfants en rupture avec parcours ASE) et handicap, un hôpital de jour pour adolescents a aussi été créé, accompagné d'une structuration de la filière addictologie et d'un renforcement des CMP et des CGI (Centres de Guidance Infantile) ;
- des groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont été développés en milieu rural, pour des jeunes adultes, pour des personnes TSA ;
- le déploiement de psychologues pour favoriser le retour à l'emploi, et des actions formation des professionnels pour la déstigmatisation et la promotion d'emplois adaptés (en cours) ;
- le dispositif « Un chez soi d'abord » (dispositif de 55 places pour des personnes vivant à la rue et présentant une souffrance psychique afin qu'elles puissent accéder à un logement et un accompagnement médico-social, financé à 50% par l'ARS et à 50% par la DDETSPP).

Dans le territoire de Nord-Franche-Comté, des actions ont été développées pour chacune des filières :

- enfants – adolescents : équipe mobile de liaison sanitaire et médico-sociale adolescents ;
- adultes – addictologie : développement d'une offre de soins de réhabilitation psycho-sociale de proximité ; soutien des aidants par la formation et développement de l'Education Thérapeutique du Patient ; structuration d'un accueil adapté aux personnes présentant des troubles psychiatriques dans les consultations spécialisées ;
- personnes âgées : « consultations mémoire » ; développement de la télémédecine ; actions de soutien aux aidants ; maintien des séjours de rupture dans les services de psychiatrie pour des résidents d'EHPAD ; expérimentation d'unité de psychiatrie de la personne âgée en EHPAD ;
- filière transversale : actions de promotion du territoire et soutien à la politique de ressources médicales ; amélioration de la concertation en cours et sorties d'hospitalisation ; actualisation et animation des référents institutionnels en santé mentale ; soutien à des stages d'immersion.

Une partie des actions prévues dans les PTSM n'ont cependant pas encore vues le jour. Des besoins restent alors non-couverts, par exemple concernant la réponse aux troubles chez les personnes âgées ou les lits de crise pour adolescents.

Des besoins faisant l'objet de fiches-actions ont vocation à trouver une réponse lorsque les actions seront déployées d'ici la fin du PTSM, car le calendrier le prévoyait comme tel (échéance 2023) ou parce que du retard a été pris lors de la crise sanitaire. Une autre partie des besoins non-couverts ne pourra cependant pas être investie dans les PTSM : les acteurs déplorent une démographie médicale insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins des patients de Bourgogne-Franche-Comté. Cette pénurie engendre soit une incapacité à mettre en œuvre les actions prévues dans les PTSM, soit la non-intégration de la problématique dans les PTSM, les acteurs étant conscients que l'inscription de la mesure dans le PTSM ne saura résoudre ce frein.

Les actions développées dans les 3 territoires visés par cette étude rejoignent les objectifs des PTSM cités en première partie, et notamment en termes de prévention, de décroisement des secteurs sanitaire et médico-social, de couverture des territoires et de dépsychiatriation de la santé mentale.

## 9.2.2 Une coordination entre acteurs améliorée mais à approfondir

### Le rôle essentiel des coordinatrices dans la mise en lien des acteurs et la concrétisation des PTSM

L'organisation de la coordination autour des PTSM repose sur un poste de coordinateur<sup>33</sup>. 8 coordinatrices de PTSM ont été nommées en Bourgogne-Franche-Comté depuis la mise en place de la démarche dans les territoires, à partir de 2017/2018. Le poste de coordinatrice de PTSM comprend une pluralité de missions, qui sont amenées à évoluer au gré de l'avancement de la démarche :

- coordination des travaux de mise en œuvre du PTSM ;
- contribution à l'élaboration du CTSM ;
- organisation et animation de la réflexion collective et des réunions de travail nécessaires sur le territoire ;
- accompagnement des pilotes et copilotes des différentes actions à mettre en œuvre (appui méthodologique) ;
- analyse, synthèse et mise en forme des informations recueillies et leur traduction en outils de suivi ;
- garantie de la cohérence des travaux menés et le respect du calendrier de mise en œuvre ;
- rendu-compte régulier aux instances de pilotage du PTSM et à l'ARS ;
- participation au réseau régional des coordinatrices sous l'égide du parcours santé mentale avec la DTARS ;
- contribution au développement des partenariats et à la mise en réseau des acteurs de la santé mentale.

Certaines coordinatrices sont en poste depuis le début de la démarche, d'autres ne sont entrées en fonction que plus récemment, après le départ de leurs prédécesseurs. Cette prise de poste alors que les travaux étaient déjà entamés voire en cours de mise en œuvre n'a, selon les personnes interrogées, pas posé de difficulté ni aux principales concernées, ni aux acteurs impliqués dans les PTSM.

Au regard des tâches qui leur incombent et de la confirmation des acteurs à ce propos lors des entretiens, il est indéniable que le rôle des coordinatrices est central dans les PTSM. Ces dernières ont une place jugée essentielle dans la mise en œuvre des PTSM, à la fois en ce qui concerne :

- la coordination des acteurs (mise en lien et soutien)
- et le déploiement des PTSM (élaboration, suivi de l'avancement et rendu-compte des actions).

Les acteurs interrogés dans le cadre de cette évaluation avancent, à l'unanimité, que sans les coordinatrices, l'interconnaissance et les collaborations avec les professionnels de l'écosystème de la santé mentale dans les territoires seraient moins importantes. Ils expriment également leur satisfaction concernant les rapports qu'ils entretiennent avec les coordinatrices, qui représentent un réel appui pour eux.

Les coordinatrices, en faisant le lien entre les acteurs de terrain et l'ARS, entretiennent des relations professionnelles solides et de confiance avec les Délégués Territoriaux et Départementaux de l'ARS. Les deux parties s'accordent à dire qu'elles s'appuient mutuellement, que la fluidité de leurs échanges

---

<sup>33</sup> Ces postes étant exclusivement pourvus par des femmes en Bourgogne-Franche-Comté, l'intitulé du poste sera, dans la suite du document, systématiquement féminisé.

et l'alignement de leurs visions facilitent la mise en œuvre des PTSM en adéquation avec les lignes du PRS. Des échanges et rencontres sont fréquemment organisés et ce constat vaut pour les 3 territoires d'étude. Les coordinatrices échangent, en général, plusieurs fois par mois, avec les DTARS/DDARS (ou chargés de mission) afin d'échanger au sujet des actions en cours et de la mise en œuvre du plan d'actions, plus globalement. Les coordinatrices sont également amenées à se rencontrer fréquemment entre elles dans le cadre des réunions du réseau régional des coordinatrices sous l'égide du parcours santé mentale avec la DT ARS. Ces temps sont appréciés car permettent des partages et retours d'expériences entre les coordinatrices.

Pour autant, le poste de coordinatrice a été ou est en proie à certaines difficultés. Dans un premier temps, le rattachement hospitalier du poste de coordination a pu susciter des réactions. Le milieu hospitalier étant difficilement pénétrable pour quiconque venant de l'extérieur, placer les coordinatrices en son sein a vocation à faciliter l'accès à l'information pour celles-ci et la mise en lien des professionnels hospitaliers avec les professionnels libéraux. En définitive, la logique « de l'hôpital vers l'extérieur » a été jugée plus pertinente car plus efficace que la logique « de l'extérieur vers l'hôpital », dans la coordination des acteurs de la santé mentale. Le dialogue entre coordinatrices, professionnels libéraux et professionnels hospitaliers, ainsi que les liens mis en place par les coordinatrices au fil du temps, ont permis de tempérer ces appréhensions et ne sont plus un sujet de discussion aujourd'hui.

En parallèle, selon les acteurs interrogés et notamment les coordinatrices, il apparaît que les postes de coordinatrices souffrent d'un manque de visibilité. D'une part, celles-ci peinent à être correctement identifiées par le personnel de leurs structures de rattachement. Il arrive notamment que leur poste soit confondu avec un autre poste de coordinatrice (de dispositif d'appui à la coordination DAC).

La lisibilité de leurs missions n'est également pas entièrement effective. En effet, une partie non-négligeable des acteurs de la santé mentale, ou de la santé plus largement (médecins généralistes par exemple), ne connaissent pas précisément le périmètre d'intervention des coordinatrices PTSM. Sans être pleinement bloquant, l'efficacité des coordinatrices dans la réalisation de leurs missions (présentations réitérées de son poste, rappels réguliers des missions, ...) peut être freinée.

Enfin, les coordinatrices et autres acteurs impliqués dans les PTSM évoquent la surcharge de travail chronique qu'implique ce poste. La pluralité des missions combinée à un nombre très importants d'interlocuteurs génèrent un temps de travail important pour ces dernières, au risque de perdre en disponibilité auprès des acteurs et en efficacité dans la mise en œuvre des PTSM. Cette tendance est observée alors même qu'aucune désresponsabilisation des acteurs dans le pilotage et la mise en œuvre des PTSM/CTSM n'est pointée.

En outre, il est à noter que, sur les trois territoires, les acteurs interrogés affirment ne pas avoir été associés à l'élaboration du PRS. Pour autant cela ne vient pas faire obstacle à la cohérence entre les objectifs du PRS et ceux des PTSM.

### **Une coordination antérieure dans les anciens territoires de Franche-Comté**

Une partie des territoires de la région disposait, avant même la mise en place des PTSM, de plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale. En effet, en 2014, les départements de l'ancienne région Franche-Comté ont fait l'objet d'une expérimentation visant à coordonner autour des CHS l'ensemble des acteurs intéressés par le champ de la santé mentale afin de travailler à l'amélioration des parcours de prise en soins proposés.

Cette expérimentation prévoyait la création de comités de pilotage, constitués chacun d'une quinzaine de partenaires (services de l'État, collectivités locales, établissements de santé, acteurs médico-sociaux, représentants d'usagers...), et la réalisation de travaux de réflexion et d'analyse sur les parcours de santé mentale de chaque bassin, de l'enfance à la personne âgée. Cette initiative a

constitué les prémices des PTSM et les territoires concernés ont pu disposer de cette base de travail pour développer par la suite leur plan d'actions.

Les acteurs affirment tout de même la valeur ajoutée des PTSM par rapport aux plateformes antérieures. Effectivement, à partir d'un cadre législatif précisé, ils sont fondés sur un diagnostic rigoureux et élaborés de manière partenariale. De plus, si les anciens territoires de Franche-Comté ont pu se baser sur un fonctionnement préexistant, il ne semble pas pour autant que cette antériorité ait été déterminante dans la création des PTSM, bien que cela ait pu constituer un facteur facilitant. Les évolutions du contexte national depuis l'élaboration du PRS (cf. partie 1.1) renforce la pertinence des PTSM, les objectifs qui y sont poursuivis entrant pleinement en cohérence avec ce nouveau cadre.

### **Des liens renforcés entre ville et hôpital, au bénéfice des patients**

Le renforcement de la coordination depuis le lancement des PTSM a par ailleurs permis d'amorcer un plus grand dialogue entre les acteurs de la santé mentale. Cette fluidification des liens entre professionnels de la santé mentale s'observe notamment vis-à-vis des liens, jusque-là peu opérationnels, « entre la ville et l'hôpital ».

Le regroupement des acteurs autour du PTSM et l'engagement concret *via* la signature des CTSM ont donné lieu à des réflexions plus globales et complètes sur les situations rencontrées. Les relations entre professionnels ont bénéficié de l'opportunité de considérer les cas rencontrés dans une perspective plus englobante, plutôt qu'isolée comme constaté jusque-là. Désormais, les différents professionnels de la santé mentale ont vocation à intervenir tour à tour ou de manière concomitante, en concertation les uns avec les autres, et en cohérence avec les soins prodigués aux patients. Une plus grande communication entre eux est observée et a permis des avancées, notamment en favorisant la logique parcours de santé, en évitant les ruptures de soins, au bénéfice des patients.

Une partie des acteurs interrogés, notamment des professionnels exerçant en libéral, affirment cependant que les PTSM sont très axés autour de problématiques rencontrées par les professionnels de santé et les patients dans les hôpitaux. Selon eux, cela peut impacter la pertinence des actions intégrées au sein du document s'agissant des patients souffrant de troubles psychiques et faisant l'objet de soins en ambulatoire. Ce constat n'est néanmoins pas partagé par l'ensemble des acteurs interrogés.

Il existe donc des marges de progression pour asseoir pleinement et durablement la logique parcours de santé. Mais cette ambition pourrait davantage se concrétiser lorsque la filière sera plus structurée.

### **Des coopérations concrètes entre professionnels à intensifier**

En dépit de l'intensification des liens entre acteurs grâce aux PTSM et de plus grandes opportunités créées de coopérer, à ce stade de déploiement des PTSM, la coordination entre acteurs n'est pas encore pleinement opérationnelle, sur le terrain, selon les acteurs interrogés.

Il s'avère que les coopérations entre professionnels de la santé mentale nécessitent d'être encore renforcées, pour mettre en place une réelle logique de parcours de santé au bénéfice des patients. Les réunions permettent effectivement de rassembler les acteurs, mais la dynamique partenariale ne semble pas concrétisée hors des temps d'échanges dans le cadre du PTSM. Pourtant, le contenu même de certaines actions implique le développement de la coordination entre professionnels de la santé mentale ou entendent accroître cette coordination. Une certaine opacité dans la mise en œuvre des PTSM est même ressentie par certains des acteurs interrogés, et notamment les médecins libéraux.

### 9.2.3 Une articulation en cours avec les démarches parallèles en lien avec la santé mentale

La gouvernance et le contrat territorial en santé mentale du PTSM a vocation à s'articuler avec d'autres instances et documents structurants existants par ailleurs et croisant leur périmètre d'intervention.

D'après l'instruction du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie en santé sont parties prenantes du PTSM par le biais d'autres démarches en lien avec la santé mentale ou la santé de manière générale, sur les territoires. Ces démarches sont présentées dans l'encadré ci-dessous.

#### **Le Conseil Territorial de Santé (CTS) et sa commission spécialisée en santé mentale**

*Les territoires de démocratie sanitaire sont les cadres géographiques de mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé et des partenaires, en prenant en compte l'expression des usagers. Sur chacun des territoires de démocratie sanitaire, le directeur général de l'ARS constitue un conseil territorial de santé (CTS). Les CTS couvrent généralement un périmètre géographique correspondant au département. Le conseil territorial de santé est une instance, encadré par le code de santé publique, qui a vocation à participer à la déclinaison du projet régional de santé et en particulier à l'organisation des parcours de santé en lien avec les professionnels du territoire.*

#### **Le Conseil Local de Santé (CLS)**

*D'un point de vue réglementaire, les Contrats locaux de santé font l'objet de dispositions dans le cadre de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et reprises dans le Code de la santé publique. L'article L.1434-17 du Code de la santé publique précise que "la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social".*

#### **Le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM)**

*Les CLSM sont des instances locales participatives de coordination, de réflexion, de diagnostic et d'actions concertées sur les questions de santé mentale largement impulsé par le plan « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ». La majorité des CLSM est intégrée au CLS et/ou aux Ateliers Santé Ville de la politique de la ville. Son périmètre est infra départemental et correspond davantage aux Pays, aux communautés communes ou agglomérations. Les CLSM ne sont pas des instances obligatoires : les territoires sont uniquement incités à mettre en place ces espaces de dialogues entre élus, professionnels de la santé mentale et représentants des usagers. Leur création est donc liée aux vellétés des acteurs politiques sur la question. Ils rassemblent sur un territoire de proximité tous les acteurs concernés par les problématiques en lien avec la santé mentale : professionnels de la psychiatrie, du médico-social, élus, associations d'usagers, travailleurs sociaux, médecins et infirmiers libéraux, Justice, police/gendarmerie et pompiers, Education nationale, bailleurs sociaux, structures d'insertion...*

### **Éléments clés autour des CLS et des CLSM**

*Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont définis par l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé qui les présente comme des instances de concertation et de coordination regroupant les professionnels publics et libéraux de la santé mentale, les professionnels médico-sociaux, les élus locaux et les usagers. Ceux-ci fournissent un travail d'information et de sensibilisation sur la santé mentale et œuvrent contre la stigmatisation des pathologies mentales. L'instruction du 30 septembre 2016<sup>34</sup> précise leurs objectifs : les CLSM doivent engager des actions d'amélioration de l'accès et du maintien dans le logement et l'emploi, des actions destinées à faciliter le recours aux structures et aux professionnels concernés, et permettre la continuité des soins et de l'accompagnement social et médico-social, et la coordination des soins de ville / soins hospitaliers / accompagnement social et médico-social.*

*Les contrats locaux de santé (CLS) portent sur un champ qui dépasse la santé mentale et sont conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Leurs principaux objectifs sont de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Ils reposent sur un programme d'actions pluriannuel coconstruit à partir des besoins locaux (y compris, potentiellement, les enjeux de santé mentale). Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte des PTSM. Ils s'articulent donc avec les démarches locales de santé mentale inscrites dans les CTSM. Les CLS associent dans un contrat commun les collectivités territoriales, les services de l'Etat et l'ARS, ainsi que les professionnels volontaires et mobilisés à l'échelle du territoire (généralement communal ou intercommunal).*

Jusqu'à la mise en place des PTSM, la thématique de la santé mentale était généralement portée par les contrats locaux de santé, parfois à travers le CLSM. Ils couvraient des territoires géographiques plus restreints que les PTSM. Selon les acteurs interrogés, ces démarches ne permettaient pas de donner toute sa place à la santé mentale qui méritait d'être abordée à part, tant elle présente des particularités en termes de parcours, de coordination des professionnels de santé, et de besoins des patients. Pour autant, les CTS, CLSM, les CLS et les PTSM coexistent aujourd'hui. Les PTSM doivent, autant que de besoin, être déclinés au sein des projets des conseils locaux de santé et des conseils locaux de santé mentale. Cette initiative est saluée par les acteurs de la santé mentale : la création des PTSM a donné de la visibilité et un champ d'intervention cohérent pour les professionnels de la santé mentale en Bourgogne Franche-Comté. De plus, la composition élargie de la gouvernance des PTSM, en comparaison avec les CLS, permet de limiter la « politisation » du sujet – comme cela pouvait être le cas auparavant.

Plus récemment, en 2016, ont émergé des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Leur déploiement se fait encore progressivement, en Bourgogne-Franche-Comté mais aussi en France. Dès lors, un certain nombre de territoires n'en accueille pas, ou bien ces structures sont encore en cours d'installation. Les PTSM doivent, autant que de besoin, être déclinés au sein des projets des communautés professionnelles territoriales de santé. A cet égard, les périmètres des CPTS, et les acteurs qu'ils incluent, sont fréquemment perçus par les personnes interrogées comme des échelles pertinentes de collaboration avec les PTSM. En effet, penser les PTSM en cohérence avec les découpages des CPTS permettrait, d'après eux, de renforcer l'adéquation des contenus des PTSM avec les besoins des territoires. De plus, les CPTS n'incluant pas d'élus dans leur fonctionnement, une coordination accrue avec elles se ferait en dehors d'éventuels enjeux politiques (contrairement aux CLS et CLSM).

---

<sup>34</sup> INSTRUCTION N°DGS/ SP4/CGET /2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.



En conséquence, les PTSM ne « cohabitent » pas avec les mêmes documents et instances selon les territoires de la région. En outre, CTS, CLSM et CPTS ne répondent pas à des bornes géographiques similaires aux PTSM. Les périmètres d'intervention de chacun se croisent mais sont différents, n'impliquant alors pas les mêmes acteurs et ne concernant pas non plus nécessairement des enjeux identiques. L'articulation des PTSM avec ces outils peut alors s'avérer complexe si elle n'est pas réellement organisée. Un risque de doublons dans l'offre de soins ou, au contraire, de besoins non couverts est identifié par les acteurs.

Les acteurs des trois territoires qui ont fait l'objet d'une étude particulière dans le cadre de cette évaluation ont mené des réflexions, plus ou moins abouties, sur des modalités d'échanges et de coordination avec les pilotes des CLS, CTS, CLSM et CPTS, selon l'existant sur les territoires et les opportunités. Ces modalités de coordination sont variables mais ne sont, à ce jour, globalement pas ou insuffisamment concrétisées. Se présentent alors plusieurs risques et limites majeurs : un désintérêt des acteurs vis-à-vis des PTSM (en dépit des sollicitations), qui se retrouvent « noyés » au milieu des autres instances, des doublons et une déperdition des acteurs (en raison de la surmobilisation et de la potentielle redondance des instances). Les encarts ci-dessous décrivent les grands principes, pour les trois territoires, des modalités de coordination.

#### **Articulation du PTSM du Doubs avec les CLS, CLSM et CPTS**

*Dans le Doubs, les CPTS sont en cours d'installation. Une action du PTSM prévoit néanmoins une connexion entre le PTSM et les CPTS, si ces dernières décident de coordonner le parcours santé mentale sur leur territoire. Les CPTS permettent également de relayer des informations voire des formations aux professionnels de santé.*

*S'agissant du CLS, le projet de loi 3DS invite à s'assurer de la présence d'un volet Santé Mentale dans chaque CLS, s'ils existent<sup>35</sup>. Cette mesure doit permettre la déclinaison du PTSM à un niveau plus local ; à ce jour.*

*Un seul CLSM existe et couvre le Grand Besançon. Un poste d'animateur y est financé et en place, ainsi qu'un psychologue pour l'animation de la cellule de situation complexe de ce territoire. En effet, les attentes des territoires et des CLS concernaient la mise en place de dispositif opérationnel que sont les cellules de situation complexe sans avoir fait la demande d'un CLSM. Pour y répondre, des postes de coordinateurs de cellules de situations complexes ont donc été financés par le Département et la DDETSPP pour aiguiller et épauler les professionnels pendant 3 ans. Par ailleurs, le volet santé mentale sera élaboré lors du renouvellement des contrats locaux de santé.*

*Selon les acteurs, comme le CLSM constitue la déclinaison territoriale et politique des PTSM, aucun chevauchement n'est observé entre les missions des coordinateurs et coordinatrices de CLSM et de PTSM.*

---

35 Le projet de loi 3DS a pour ambition d'offrir des réponses et des outils aux élus locaux pour mettre en œuvre les politiques publiques dans les territoires, sur des thèmes comme le logement, la transition écologique, la santé ou encore la mobilité <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/projet-de-loi-3ds>

#### **Articulation du PTSM de la Nièvre avec les CTS, CLSM et CPTS**

*Dans la Nièvre, le PTSM a été validé en amont par la sous-commission santé mentale avant l'avis définitif du CTS. De la même manière, des échanges réguliers avec le CTS sont prévus, afin d'avoir un état d'avancement des actions menées par les pilotes de ces actions.*

*Il n'existe pas encore de CLSM dans la Nièvre. Cependant, la création d'un CLSM, action prévue par le PTSM, est en cours d'installation en agglomération de Nevers. Espace de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie, les élus locaux, les usagers, les aidants et les professionnels du territoire, le CLSM a pour objectif de définir les politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. La crise sanitaire a freiné la dynamique ainsi qu'une difficulté liée à des réticences de la part d'acteurs à s'emparer de sujets jugés difficiles (addictions notamment).*

*Les CPTS intègrent la dimension santé mentale, parfois en lien avec l'actualité (par exemple, quant à l'accueil des réfugiés ukrainiens). Une CPTS assure le copilotage du PTSM.*

#### **Articulation du PTSM de Nord-Franche-Comté avec les CTS, CLS, CLSM et CPTS**

*Dans le territoire de Nord-Franche-Comté, la santé mentale est un axe prioritaire du CTS. Il a ainsi été sollicité pour valider la démarche de travail du PTSM et est toujours sollicité pour en valider les bilans annuels.*

*En parallèle, dans la mesure où le CLS observe le même périmètre géographique que le PTSM et associe une partie des partenaires similaire au PTSM, la santé mentale jusque-là incluse dans le CLS a été entièrement redirigée vers le PTSM. Cela permet d'éviter une surmobilisation des partenaires. Dans une perspective de cohérence entre PTSM et CLS, une partie des actions contenues dans le CLS a été reprise dans le PTSM, et un début de collaboration entre la référente santé mentale du CLS et la coordinatrice du PTSM est enclenché. Ces liens naissants se concrétisent par l'intégration prochaine de la première au groupe-projet du PTSM et de la seconde au cotech du CLS.*

*Le territoire abrite 5 CPTS, dont 4 sont installées mais sans projet de santé encore validé. Le but des porteurs du PTSM est d'associer les CPTS sur une action du PTSM, celle intitulée « Développer la coopération entre la médecine psychiatrique et les médecins généralistes ». Cette collaboration sera formalisée une fois les 5 CPTS pleinement installées.*

*Il n'existe pas de CLSM en Nord-Franche-Comté mais une instance comparable est prévue par le PTSM. Il s'agit de l'Instance Territoriale de Concertation Opérationnelle (ITCO), qui est un outil de concertation en santé mentale autour des situations complexes, de la continuité et de la fluidité des parcours d'insertion sociale et professionnelle. Cette instance est néanmoins peu saisie par les acteurs.*

### **9.2.4 Des modalités de fonctionnement globalement homogènes entre les territoires**

#### **Des gouvernances structurées mais des difficultés dans la mobilisation des instances stratégiques**

Selon l'annexe 1 de l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, les acteurs partie prenante du PTSM sont : les représentants des personnes et des familles, les acteurs sanitaires, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les acteurs de la lutte contre les addictions, les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion, les autres ressources contribuant à la coordination territoriale, les autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale.

Les modalités de gouvernance des PTSM dans les trois territoires d'études suivent la directive d'une composition large et pluriprofessionnelle des instances de gouvernance. L'association de différents acteurs, issus de différentes spécialités et structures d'exercice mais tous en lien avec la santé mentale, atteste d'une forte volonté d'instaurer une dynamique partenariale et de concertation autour des PTSM. Les acteurs affirment, par exemple, à ce sujet que l'UNAFAM, l'association des proches de patients, est, depuis le début de la démarche des PTSM, associée de manière pertinente et suffisante aux travaux.

Cependant, la fréquence des réunions des instances ne s'avère pas nécessairement établie, bien que cela varie selon les territoires. Plus précisément, les instances « *supra* » (comité de pilotage notamment) ne font pas toujours l'objet d'une mobilisation régulière. Malgré l'impact de la crise sanitaire sur ces réunions, une certaine fragilité et une difficulté à maintenir dans la durée ces instances transparait. Les groupes de travail et groupes-projets, plus opérationnels et qui concernent la mise en œuvre et le suivi des actions, sont plus réguliers et comptent un nombre de participants plus stable.

La charge de travail importante qu'observent, en parallèle des PTSM, les acteurs associés, ne favorise pas non plus, selon eux, un engagement pérenne de leur part. Également, le renouvellement des personnes au sein des structures composant les instances nécessite des réorganisations et remobilisations fréquentes. Enfin, la crise sanitaire a eu un impact réel sur l'organisation des réunions de travail entre acteurs. En effet, sans avoir provoqué un désengagement des acteurs, la dynamique partenariale a néanmoins baissé en intensité et la participation des acteurs dans la démarche a pu être affectée. La dynamique a vocation à être relancée maintenant que la situation sanitaire s'est améliorée.

A cet égard, l'implication de l'URPS, c'est-à-dire de la médecine libérale, est relativement ambivalente. Certains de ces acteurs affirment avoir été intégrés de manière significative et satisfaisante à l'élaboration et à la mise en œuvre des PTSM, d'autres assurent peu (voire pas) connaître les PTSM et/ou ne pas être insuffisamment associés au processus. Leur participation aux instances des PTSM est aléatoire selon les territoires.

### **Des modalités d'organisation adaptées à chaque territoire**

Chaque territoire a mis en place des modalités de travail et de coordination entre acteurs différentes. Tous ont adopté une démarche partenariale, mais la concrétisation de cette dynamique varie dans la forme (types de réunion de travail, fréquences, acteurs associés, ...). La souplesse dans cette organisation est perçue de manière positive par les acteurs interrogés : celle-ci permet d'adapter les méthodes de travail aux réalités et ressources des territoires, chacun présentant ses spécificités.

Les encarts suivants mettent en évidence à la fois l'homogénéité globale dans les principes de gouvernances (plusieurs instances, stratégiques ou opérationnelles), mais également leur diversité :

#### **Modalités d'organisation du PTSM du Doubs**

*Le territoire disposait déjà d'une plateforme de coordination en santé mentale. Sur cette base, des groupes de travail spécifiques, rassemblant une diversité d'acteurs du monde sanitaire et du monde médico-social, ont été mis en place pour la réalisation du diagnostic.*

*Par la suite, un Comité stratégique (COSTRA) a été créé et réunit l'ARS, le Département, la Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP), l'Hôpital de Besançon, de Novillars et de Pontarlier, les directeurs d'associations médicales-sociales (Fondation Pluriel, ADDSEA, AHSFC, SDH), le président du CTS, 1 représentant de l'UNAFAM, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), le directeur du CCAS de Besançon, l'URPS, un psychiatre de la filière adulte, un psychiatre de la filière enfant et adolescent. Le COSTRA se réunit 2 à 3 fois par an et a vocation à superviser le déploiement du PTSM sur le terrain.*

### **Modalités d'organisation du PTSM de la Nièvre**

*Des réunions de travail ont été organisées pour réaliser le diagnostic territorial et des groupes de travail ont été constitués pour formaliser des fiches-actions. Ces groupes réunissaient des représentants de tous les secteurs (sanitaire, médico-social, représentants de patients, ambulatoire et social), des professionnels de santé et représentants d'associations.*

*Pour les aspects opérationnels du PTSM, une équipe-projet a été créée et se réunit 2 à 3 fois par an. Les 5 pilotes du PTSM sont un pédopsychiatre du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers (CHAN), un représentant de la psychiatrie adulte, un représentant du secteur médico-social pour les patients enfants et adolescents, un représentant du monde médico-social pour les patients adultes, et un représentant d'une CPTS. Ils ont comme mission de faire remonter les besoins et de co-construire les actions définies.*

*Un Comité de pilotage stratégique a été formé pour la validation du contenu du PTSM. Le groupe-projet fait le compte-rendu des avancées du plan d'action auprès de cette instance qui n'a pu se réunir depuis 2019 compte tenu du contexte de crise sanitaire. Un prochain point est prévu mi-octobre. Une plénière regroupant l'ensemble des acteurs participant à la réussite du PTSM sera envisagée – sous forme de forum – en 2023.*

### **Modalités d'organisation du PTSM de Nord-Franche-Comté**

*Le territoire possédait déjà une plateforme de coordination en santé mentale dont la gouvernance a été élargie pour s'adapter au PTSM.*

*Cette gouvernance se base sur 3 groupes de travail, chargé chacun d'une des 3 filières (enfants/adolescents, adultes/addictologie, personnes âgées) structurant le PTSM. Ces groupes se réunissent une fois par semestre avec les référents des filières (institutionnels et professionnels de santé) ainsi que les professionnels associés à la démarche et affectés à une filière.*

*Le groupe-projet chargé de la stratégie et de la mise en œuvre opérationnelle du PTSM, se réunit 1 ou 2 fois par an. Il se compose de l'ARS, du directeur délégué de l'Association Hospitalière de Bourgogne-Franche-Comté et des référents des filières.*

*Enfin, le Comité de pilotage rassemble le groupe-projet et une diversité d'acteurs associatifs et institutionnels. Depuis la validation du PTSM, cette instance n'a pas été remobilisée, la réunion de la sous-commission en santé mentale du CTS étant privilégiée.*

## **Un déploiement des actions partagé et un suivi régulier**

La mise en place des PTSM/CTSM dans les départements de Bourgogne-Franche-Comté se fait de manière partenariale, par la co-construction des diagnostics et des plans d'action inscrits dans les PTSM. Les opérateurs sont sollicités pour mettre en place de manière concrète, sur le terrain, les actions, ou se manifestent d'eux-mêmes.

La mise en œuvre concrète des PTSM/CTSM repose sur une diversité d'acteurs large. Des pilotes sont affectés à des actions du plan d'actions et sont les garants de leurs déploiements. La diversité de ces pilotes met en évidence la volonté de créer ou renforcer les liens entre les acteurs pour la concrétisation des actions : CHU, services de formation des structures sanitaires et médico-sociales, CLS, CPTS, médecine libérale, centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, Caisse d'Allocations Familiales, Education Nationale, ARS, Pôle emploi, CCAS, CPAM, PMI, MDPH, ASE, PTA, Département, Etat, établissements de santé et instituts thérapeutiques, diverses associations thématiques, ....

Dans les trois territoires d'étude, la mise en œuvre des actions repose sur les porteurs des actions désignés. Les coordinatrices interrogées dans le cadre de cette étude soulignent l'implication effective des acteurs dans la mise en œuvre des actions qui leur incombent et leur participation réelle et

rigoureuse aux groupes de travail et réunions de suivi des actions. Une partie des acteurs affirme à ce propos qu'une des plus-values des CTSM est financière. En effet, ils stipulent formellement les contributions stratégiques et financières des acteurs et décloisonnent dans le même temps les politiques publiques et les financements, afin d'éviter les doublons.

Les coordinatrices sont, elles, chargées de la supervision des actions (plan de financement, construction du projet, veille, remontée d'indicateurs).

En Nord-Franche-Comté, le suivi des actions se fait lors des groupes de travail, où des retours d'informations sont demandés aux partenaires présents ou lors d'échanges entre la coordinatrice et les partenaires. La coordinatrice centralise ensuite les éléments collectés afin d'effectuer le suivi des actions non portées par la plateforme de santé mentale ou l'AHBFC. Elle réalise pour finir un bilan annuel de l'avancement des actions.

Dans la Nièvre, les réunions fréquentes avec les pilotes des actions permettent de faire le suivi des actions du PTSM, mais aussi la mise à jour des fiches-actions si besoin en est.

Dans le Doubs, la coordinatrice opère un suivi rapproché des actions les deux premières années puis prend de la distance une fois que l'action est lancée de manière pérenne – sans pour autant arrêter toute forme de suivi. La coordinatrice intervient d'abord sur la préparation et le déploiement des actions, puis opère une collecte des données relatives aux indicateurs fixés auprès des porteurs d'actions, afin de réaliser un bilan annuel de l'avancement du plan d'action.

Le suivi des actions se concrétise par le renseignement de tableaux de bord. L'ensemble des coordinatrices réalisent en outre, dans le cadre du CTSM, un bilan d'activité annuel (composition de la gouvernance, nombre et nom des actions réalisées, fonds mobilisés, ressources humaines mobilisées, ...)

En conclusion, les modalités d'organisation dans les trois territoires d'études ne diffèrent globalement pas. L'implication des acteurs dans la mise en œuvre des actions est réelle et les modalités de suivi sont formalisées, rigoureuses et similaires entre les trois territoires. Le fonctionnement global des PTSM peut varier dans le détail mais la logique globale reste la même pour les trois territoires (instance stratégique, instance opérationnelle, groupes de travail). Les difficultés de mobilisation pérenne des acteurs dans les instances *supra* sont rencontrées dans les trois territoires et sont dues, principalement, à la mobilisation importante de ces acteurs par ailleurs (cadre professionnel, autres démarches) et à la pandémie de Covid-19 qui a freiné les rencontres.

Par ailleurs, les PTSM ne constituent pas une démarche visible pour les bénéficiaires, autrement dit les patients, qui n'identifient la démarche. Pour autant, les PTSM n'ont pas vocation à être connus des patients. L'objectif, à leur échelle, est qu'ils puissent bénéficier des effets de la démarche de coordination des professionnels et de renforcement de l'offre, afin de fluidifier leurs parcours – sans que cela nécessite une identification des PTSM en tant que tels.

## 9.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	En quoi les projets et les contrats de santé mentale permettent-ils de construire, avec l'ensemble des acteurs de la filière, des réponses adaptées, couvrant les besoins des publics concernés et optimisant leurs parcours de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les PTSM et les CTSM, par la coordination entre acteurs qu'ils induisent et les étapes qui composent leur élaboration (diagnostic et plan d'actions), ont permis d'identifier les besoins des territoires en matière de santé mentale et d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour y répondre.</li> <li>- Sur cette base, ils ont permis de penser des actions dans le but de répondre à des besoins jusque-là insatisfaits, de mettre en application des actions déjà pensées mais jusque-là non développées, ou de pérenniser des actions contribuant à répondre aux besoins en santé mentale.</li> <li>- A ce stade de déploiement, certaines actions prévues par les PTSM ne sont néanmoins pas encore mises en œuvre. Sont pointées la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 et la démographie médicale insuffisante pour justifier du retard pris dans le déploiement de ces actions.</li> <li>- La logique « parcours de vie » des patients n'est à ce jour pas encore entièrement adoptée et aboutie. La logique « sanitaire » reste prédominante par rapport à la logique « médico-sociale ».</li> </ul>
	En quoi les PTSM favorisent-ils le partenariat et la coopération entre les acteurs territoriaux, pour la mise en place de projets partagés et le développement de parcours de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La coordination et l'implication des acteurs reposent en majeure partie sur le poste de coordinatrice de PTSM. Les coordinatrices sont perçues et se perçoivent comme motrices dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre partenarial de la démarche.</li> <li>- Les postes de coordinatrices sont confrontées à des problématiques de surcharge de travail et à un défaut de visibilité et de lisibilité de leurs missions.</li> <li>- Les PTSM et CTSM ont permis un renforcement des liens entre professionnels exerçant à l'hôpital et professionnels exerçant en ville. Ces relations accrues ont vocation à favoriser les coopérations entre eux et la logique parcours pour leurs patients.</li> <li>- Dans les faits, les coopérations dans le quotidien des pratiques des professionnels restent insuffisantes. La concrétisation des coordinations au-delà de l'enceinte des PTSM reste inaboutie.</li> </ul>
	Comment les PTSM / CTSM s'articulent-ils avec les autres actions territoriales en santé (CLS, CPTS, CLSM notamment) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place d'autres démarches en santé et en santé mentale varie selon les territoires. Les articulations des PTSM avec ces démarches sont donc variables.</li> <li>- Les différences de périmètre d'intervention de ces démarches et les acteurs similaires ou, au contraire, différents qu'ils rassemblent, ne facilitent pas nécessairement leur articulation avec les PTSM. Se présente alors un risque de redondance et de sur-mobilisation de certains acteurs ou d'incohérences entre les démarches.</li> <li>- Les territoires ont tous entamé, a minima, des réflexions pour coordonner la mise en œuvre des PTSM avec les démarches parallèles.</li> <li>- Le niveau de concrétisation de ces coordinations reste cependant, à ce stade, généralement insuffisamment abouti et celles-ci nécessitent d'être davantage formalisées pour garantir une articulation fluide et complémentaire des démarches.</li> </ul>
	A quoi tiennent les différences de résultats entre les territoires ? Peuvent-elles être expliquées par des méthodes de travail différentes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités de gouvernance entérinent le fonctionnement partenarial large, mais la mobilisation des acteurs reste cependant à sécuriser sur le long-terme, notamment en ce qui concerne les instances stratégiques.</li> <li>- Les modalités de fonctionnement des PTSM mettent en évidence des dynamiques partenariales effectives et adaptées aux enjeux et ressources des territoires.</li> <li>- A ce stade, il n'existe pas de différences notables entre les territoires dans les modalités d'élaboration des PTSM, leur mise en œuvre et les résultats observés. Les méthodes de travail sont également similaires dans les principes, bien que des variations s'observent dans le détail.</li> </ul>

Question évaluative	Indicateur / source
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les pilotes des actions sont effectivement investis dans le déploiement de celles-ci et les coordinatrices sont davantage engagées dans la supervision des actions et leur suivi.</li> </ul>
<p><b>Appropriation</b></p> <p>Les partenaires de l'ARS mobilisés autour de la mise en œuvre des PTSM / CTSM (centres hospitaliers, URPS, coordinatrices, association de patients, associations d'accompagnement) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? La mise en œuvre des PTSM / CTSM s'inscrit-elle en cohérence avec les orientations du PRS ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les partenaires internes à la démarche partagent la finalité du PRS sur le sujet et entretiennent des liens étroits et de confiance avec les délégués départementaux de l'ARS, notamment à travers les rencontres avec le réseau régional des coordinatrices sous l'égide du parcours santé mentale.</li> <li>- Ils contribuent à sa réussite en ayant élaboré et mis en œuvre les PTSM de manière partenariale, favorisant ainsi la réponse aux besoins en santé mentale et la logique « parcours de vie » des patients, et en ayant développé des actions permettant de renforcer la réponse aux besoins en la matière.</li> <li>- Les dynamiques sont néanmoins à renforcer afin de répondre pleinement aux priorités fixées par le PRS.</li> </ul>

# 10. Entretien Périnatal Précoce (EPP)

---

## 10.1 Questionnement évaluatif

Le questionnement évaluatif, formulé à la suite des entretiens de cadrage avec les pilotes régionaux du dispositif, est articulé autour de deux axes principaux. Le premier axe traite des résultats obtenus. Il a été décliné en 4 questions évaluatives :

- dans quelle mesure, l'ensemble des acteurs en lien avec le suivi de la grossesse et l'accompagnement à la parentalité sont-ils mobilisés pour assurer l'EPP ? Quelles ont été les facteurs facilitants, quelles ont été les difficultés rencontrées ?
- en quoi les pratiques des différents professionnels sont-elles harmonisées et cohérentes avec le référentiel commun ?
- la mise en œuvre de l'EPP permet-elle d'apporter une réponse adaptée et coordonnée à l'ensemble des parents dans tous les territoires ? Les parents sont-ils orientés vers les bons dispositifs le cas échéant ? La coordination entre la prise en charge médico-psycho-sociale est-elle effective ?
- les travaux menés autour de la mise en place de l'EPP constituent-ils des facteurs de réussite favorables au déploiement de l'entretien post-natal ?

Une cinquième question évaluative porte quant à elle sur l'appropriation par les acteurs :

- les acteurs mobilisés autour de l'EPP (ARS, réseaux périnatalité, formateurs, PS et structures de PEC, CAF...) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?

Pour répondre à ces questions évaluatives, 13 personnes au total ont pu être rencontrées dans le cadre de :

- 2 entretiens dont 1 collectif avec les représentants des réseaux de périnatalité régionaux
- 1 groupe de travail avec 4 sages-femmes exerçant en PMI
- 1 entretien avec une sage-femme exerçant en libéral
- 1 entretien avec une sage-femme exerçant en maternité
- 1 entretien avec la représentante de l'organisme Natal Formation
- 1 entretien avec la représentante d'une association d'usagers
- 1 entretien avec une usagère

La collecte a été réalisée de manière transversale sur l'ensemble du territoire régional.

Des difficultés ont été rencontrées dans la mobilisation des professionnels et de certains acteurs pour l'organisation de temps de travaux collectifs, initialement prévus dans le cadre de la collecte. Il s'agit en particulier des usagers, des sage-femmes libérales ainsi que des sage-femmes exerçant en maternité du fait d'une activité importante qui n'a pas rendu possible leur participation aux groupes de travail.



Les données collectées ont par ailleurs été complétées par l'analyse de la documentation mise à disposition par l'équipe. L'ensemble des sources est présenté en annexe.

## 10.2 Enseignements généraux sur le dispositif

### 10.2.1 Une mobilisation inégale des professionnels dans le déploiement de l'EPP

#### Une pratique de l'EPP qui se diffuse progressivement

L'analyse des données des caisses primaires d'assurance maladie, issues de l'extraction des cotations des EPP réalisés entre 2019 et 2021, permet de mettre en lumière une **progression nette de la réalisation des EPP par les sage-femmes libérales** sur l'ensemble du territoire régional.

Figure 15 – Nombre d'EPP réalisés par les sage-femmes libérales en BFC

Département d'exercice de la SF	Nb d'EPP 2019 mars à décembre*	Nb d'EPP année 2020	Nb d'EPP année 2021	Evolution 2020/2019 mars à déc.20 / mars à déc.19	Evolution 2021/2020	Evolution moyenne annuelle 2021/2019 mars à déc.21 / mars à déc.19
Côte-d'Or	2 116	3 223	3 393	+14,9%	+5,3%	<b>+7,0%</b>
Doubs	2 713	3 314	3 764	+0,7%	+13,6%	<b>+7,9%</b>
Jura	443	744	905	+39,3%	+21,6%	<b>+31,3%</b>
Nièvre	292	368	500	+1,4%	+35,9%	<b>+21,8%</b>
Haute-Saône	723	821	995	-3,9%	+21,2%	<b>+7,7%</b>
Saône-et-Loire	1 591	1 366	1 577	-29,6%	+15,4%	<b>-9,3%</b>
Yonne	635	810	879	+7,1%	+8,5%	<b>+9,3%</b>
T. Belfort	804	776	710	-24,5%	-8,5%	<b>-14,6%</b>
<b>BFC</b>	<b>9 317</b>	<b>11 422</b>	<b>12 723</b>	<b>-1,0%</b>	<b>+11,4%</b>	<b>+5,1%</b>

Source : Assurance Maladie, à partir des données SNDS et AMOS, juin 2022

Ainsi, le nombre d'EPP réalisés entre mars et décembre 2019<sup>36</sup> atteignait 9317. Il s'est ensuite accru pour atteindre 11 422 en 2020 puis 12 723 en 2021. Il a connu une augmentation annuelle moyenne de 5,1 % sur l'ensemble de la région. Toutefois les données varient fortement d'un département à l'autre, avec des territoires où la hausse constatée est supérieure à 20 % entre 2019 et 2021 (Jura avec 31,3 %, Nièvre avec 21,8 %) et d'autres où le nombre d'EPP est en baisse sur la même période (Territoire de Belfort avec -14,6 % et La Saône et Loire -9,3 %). Selon l'assurance maladie, ces variations sont fortement corrélées à l'évolution du nombre de sage-femmes libérales en activité dans certains territoires.

<sup>36</sup> Précaution méthodologique, la cotation SF15 pour les sage-femmes n'est identifiable dans les bases de remboursement de l'Assurance Maladie que depuis le 10/02/2019, date de la mise en application de l'avenant 4 à la convention sage-femmes

**Figure 2 – Nombre de sage-femmes libérales et densité pour 100 000 habitants au 31 décembre 2021**

	Côte-d'Or	Doubs	Jura	Nièvre	Haute-Saône	Saône-et-Loire	Yonne	Terr. de Belfort	BFC	France métro
Effectif	50	61	23	10	18	45	20	13	240	6 879
Densité	9,4	11,2	8,9	5,0	7,7	8,2	6,0	9,4	8,6	10,5

Source : Assurance Maladie, à partir des données SNDS et AMOS, juin 2022

Les 240 sage-femmes exerçant à titre libéral ont réalisé en moyenne 54 EPP et 98% ont réalisé plus d'un EPP en 2021. Ces données témoignent de la généralisation progressive de la pratique et de l'inscription de l'EPP de manière plus systématique dans la prise en charge des femmes enceintes et des futurs parents, tel que constaté au cours des entretiens avec les différents acteurs.

Cette prise d'ampleur de la pratique de l'EPP peut être liée à plusieurs facteurs aussi bien nationaux que régionaux. Ainsi, parmi les leviers régionaux, la construction d'une **définition commune** de l'EPP par les groupes de travail établis dès 2016, le **déploiement d'une formation commune** à la tenue des EPP et à l'utilisation d'un **outil de partage d'information commun** entre professionnels à partir de 2019, et la **diffusion d'une campagne d'information** destinée à l'ensemble des professionnels de santé et des patientes à l'automne 2019, ont pu favoriser ce développement. Au niveau national, l'établissement d'une cotation spécifique dans la convention des sage-femmes libérales, en février 2019 et l'inscription de l'EPP dans les consultations obligatoires de grossesse en mai 2020 ont également pu constituer des appuis au développement de la pratique de l'EPP en région BFC.

### Des sage-femmes davantage mobilisées et investies dans la pratique de l'EPP

Bien que **la pratique de l'EPP prenne de l'ampleur au niveau régional, celle-ci demeure concentrée parmi les sage-femmes**, qui se sont davantage saisies de cet outil dans la prise en charge des femmes enceintes et des couples parentaux, que les gynécologues-obstétriciens et les médecins traitants. La situation a ainsi peu évolué sur ce plan depuis la publication du rapport d'évaluation des EPP par l'IREPS en 2020. Selon les acteurs rencontrés, les sage-femmes seraient plus enclines à se former, du fait de leur positionnement dans la prise en charge. En effet, celles qui exercent en secteur libéral, assurent dans la plupart des cas, le suivi au quotidien de la grossesse. L'EPP est ainsi mené durant l'une des premières consultations avec les femmes enceintes et assure une continuité avec la phase de préparation à l'accouchement qui peut ainsi être construite sur la base des éléments recueillis durant cet échange.

**A contrario, les gynécologues-obstétriciens et les médecins traitants sont de manière générale peu consultés pour réaliser un EPP.** Parmi les hypothèses soulevées par les échanges avec les acteurs, le manque de disponibilité de ces professionnels, dont la densité est moindre que celle des sage-femmes libérales dans les territoires, peut rendre difficile l'accès à ces professionnels pour la tenue d'un EPP. En effet, l'EPP se déroule sur un créneau d'environ 45 minutes à 1 heure. Les gynécologues-obstétriciens libéraux, bien qu'ils soient souvent consultés en parallèle d'un suivi avec une sage-femme pendant la grossesse, auraient peu de temps à consacrer à ces consultations. Ils sont par ailleurs rares à s'inscrire aux formations ou bien aux sessions d'information sur l'EPP proposées sur le territoire. Les médecins traitants, hors pathologies durant la grossesse, ne sont pas les interlocuteurs privilégiés. Enfin, une dernière hypothèse évoquée par les représentants d'usagers est la relation de soin qui serait plus verticale avec les gynécologues-obstétriciens, du fait d'une formation universitaire qui laisserait moins de place à l'enseignement de l'adoption d'une posture plus horizontale, et centrée sur l'écoute que la formation initiale des sage-femmes.

### Des modes d'exercice qui peuvent influencer la pratique

Le mode et le lieu d'exercice semble également avoir un effet sur la capacité à mener les EPP par les professionnels. En effet, selon les acteurs rencontrés, **les sage-femmes exerçant en libéral bénéficieraient d'une plus grande souplesse d'organisation** dans leur emploi du temps et d'une **plus grande disponibilité**, ce qui faciliterait l'organisation des EPP. Ce constat est cependant à nuancer, dans les territoires avec une faible densité de sage-femmes. En effet, dans un contexte de tension sur l'offre de soins, les sage-femmes peuvent être confrontées à une forte activité et donc à une plus grande difficulté dans la mise à disposition de créneaux pour les EPP, comme indiqué au cours des entretiens.

Les **sage-femmes de PMI rencontrées déclarent quant à elles avoir du temps à consacrer à la tenue d'EPP**, n'étant pas de leur point de vue soumises à des contraintes de rentabilité de leur activité comme peuvent l'être les sage-femmes libérales. Néanmoins, elles mettent également en lumière le fait que les compétences et les modalités d'accès à une prise en charge en PMI sont méconnues. Ainsi, elles ne constituent pas le point d'entrée principal en première intention pour un suivi de grossesse pour les femmes enceintes et les couples parentaux, lorsqu'une offre en sage-femme libérale existe à proximité.

Enfin, les **professionnels exerçant au sein des maternités**, qu'ils soient gynécologues-obstétriciens ou sage-femmes, bien qu'ils soient de plus en plus nombreux à se former, font face à une **forte diminution de leurs effectifs**. Cette diminution conjuguée à un surcroît d'activité, limite les possibilités de mener les EPP directement au sein des services.

## 10.2.2 Une harmonisation des pratiques par le déploiement d'une formation commune à conforter

### Une culture commune en voie de construction et une dynamique à conforter

La définition commune de l'EPP, construite par le groupe de travail réuni dès 2016 par l'ARS, établit les éléments suivants :

- « la patiente doit ressentir de l'écoute (écoute active) lors de son EPP
- la patiente doit observer le lien entre les différents professionnels intervenant dans son parcours (interdisciplinarité), de façon à se sentir en sécurité
- penser aussi à l'amont et à l'aval
- permettre de travailler en complémentarité et de manière coordonnée de l'ante au post natal en tenant compte du rôle pivot du médecin généraliste
- ajuster le suivi de grossesse aux besoins de la patiente
- anticiper les besoins du couple parents-enfants »

Les échanges réalisés permettent **d'identifier un consensus entre les différents acteurs sur cette définition et sur l'importance et l'intérêt de l'EPP**, dans la prise en charge dans la période pré et post-natale. Cet entretien est perçu comme un temps privilégié, qui peut être consacré à un échange sur des sujets autres que médicaux. L'ensemble des acteurs affirme que l'EPP joue un rôle central dans l'établissement d'un rapport de confiance avec les femmes enceintes.

**L'établissement d'un consensus parmi les professionnels du champ de la périnatalité, a été, selon les acteurs, largement favorisé par le déploiement**, financé par l'ARS, **d'une formation** à la tenue des EPP et à l'utilisation d'un outil cartographique de partage éthique d'information. Ce

déploiement a eu lieu dans un premier temps sur le territoire de l'ex-région Franche-Comté puis a été étendu à l'ensemble du territoire régional.

Les différents modules ont été conçus, selon l'organisme de formation, de manière à assurer une complémentarité entre les différents acteurs aux différents niveaux. Selon les échanges réalisés avec les acteurs, la formation est de plus en plus suivie par les professionnels du territoire et les cartographies circuleraient de plus en plus. Les gynécologues-obstétriciens qui exercent en établissement seraient ainsi de plus en plus nombreux à se former à la lecture de la cartographie.

L'ensemble des acteurs entendus soulignent l'aspect central de la formation pour le déploiement de l'EPP, le partage d'information par le biais d'un outil commun et la mise en place d'un travail en réseau par le partage d'une même vision et d'une même pratique de l'EPP. Ils mettent ainsi en lumière la nécessité de continuer à former un grand nombre de professionnels, a minima à la lecture de la cartographie. En effet, selon les acteurs, le partage d'information via la cartographie et la mise en réseau suite à l'EPP ne peuvent être effectifs que si tous partagent le même langage, la même compréhension de l'EPP et de ses objectifs ainsi que les mêmes outils.

### **Toutefois, des pratiques qui demeurent hétérogènes**

Bien que la formation permette l'émergence progressive d'une culture commune autour de l'EPP et de la prise en charge du parcours maternité-parentalité, les pratiques sur le terrain demeurent à ce jour hétérogènes, selon les modes et les territoires d'exercice. Ceci résulte notamment du fait que le déploiement de la formation est inégal et fait face à certains freins. Ainsi, selon la majorité des acteurs, à ce jour un nombre insuffisant de professionnels a été formé sur le référentiel commun pour constituer une véritable culture commune dans la pratique de l'EPP et l'organisation du parcours maternité-parentalité.

Selon les entretiens, l'hétérogénéité dans les pratiques, peut se manifester par une variation de la durée des EPP réalisés, certains professionnels proposant des consultations de 45 minutes à 1 heures et d'autres des entretiens plus courts, selon les sujets abordés. Elle prend aussi la forme d'une divergence d'approche entre des professionnels qui pratiquent l'EPP comme une consultation administrative destinée à constituer le dossier et ouvrir les droits au suivi de grossesse et aux cours de préparation à l'accouchement, des professionnels qui pratiquent cette consultation comme une consultation de prévention consistant en la transmission d'informations à la femme et au couple, des professionnels qui dirigent l'entretien en choisissant les thématiques abordées et enfin, d'autres professionnels qui prennent le temps d'écouter et d'aborder les thématiques demandées. Par ailleurs, la transmission d'information est également inégale : tous professionnels formés, par exemple, ne transmettent pas la cartographie aux patientes, mais seulement une synthèse. Pour les professionnels non formés, la transmission d'information suite à l'EPP passe parfois par une synthèse réalisée à partir d'une grille personnelle, par un courrier ou parfois n'a pas lieu du tout si aucune orientation n'est proposée.

Dans un premier temps, cette hétérogénéité comporte une dimension territoriale. En effet, l'analyse des entretiens réalisés permet d'identifier **le maintien de deux logiques distinctes de déploiement de l'EPP et de la formation, qui correspondent aux territoires des deux réseaux de santé**. Du fait d'une antériorité dans sa mobilisation dans la construction et la diffusion d'un référentiel de formation commun, avant l'application de la stratégie de formation à l'ensemble du territoire régional, le réseau périnatal qui couvre le territoire l'ex-Franche-Comté semble ainsi s'inscrire dans une logique de diffusion large de la formation et de l'EPP. Il donne ainsi accès à la formation à l'ensemble des professionnels qui souhaitent s'inscrire au module de formation sur la base du volontariat. Le réseau qui couvre le territoire de l'ex-Bourgogne s'est engagé dans cette démarche plus récemment. Bien qu'il soit engagé dans une stratégie de diffusion de l'EPP et de la formation sur son territoire, celle-ci est confiée aux établissements qui forment les professionnels de ses équipes selon les besoins identifiés, sur un périmètre ainsi plus restreint de professionnels.

Dans un deuxième temps, **l'existence de freins à l'accès à la formation a été soulevée**. Malgré les actions menées dans la perspective d'élargir la proportion de professionnels formés sur le territoire régional, des difficultés persistent. Ainsi, les professionnels, tous modes d'exercices confondus, sont perçus de manière générale comme peu disponibles, en particulier dans les territoires en situation de sous-densité d'offre de soin. Ils seraient ainsi amenés à prioriser leur activité, parfois urgente dans le cas des professionnels exerçant en maternité, au détriment du développement de l'EPP et de la formation. Une méconnaissance des appuis financiers octroyés par l'ARS pour faciliter l'accès à la formation à l'EPP par certains professionnels a par ailleurs émergé des entretiens. En effet, le coût de la formation a pu être évoqué comme un frein potentiel à l'accès à la formation, en particulier pour les jeunes professionnels installés récemment en cabinet libéraux. Pour les professionnels ayant de l'ancienneté ou étant proches de la retraite, c'est davantage une réticence à changer ses habitudes professionnelles ou un sentiment de devoir laisser faire la « relève » qui peut être évoqué. Enfin, l'organisme de formation rencontré souligne également un manque de relais de proximité auprès des professionnels qui rend difficile la diffusion de la formation et l'inscription des professionnels aux sessions organisées.

Bien que la définition commune de l'EPP soit largement diffusée auprès des professionnels, les entretiens révèlent, en outre, dans la pratique des professionnels, que l'ancien paradigme d'un EPP centré sur le repérage des vulnérabilités et des risques, continue d'occuper une place centrale. C'est notamment le cas pour une grande partie des professionnels et en particulier pour ceux qui exercent en structures telles que les maternités ou bien les PMI, davantage habitués à prendre en charge des situations urgentes ou complexes, ce qui peut rendre difficile l'appropriation d'un nouveau paradigme.

### 10.2.3 Un rôle de l'EPP dans l'organisation du parcours maternité et l'orientation des couples parentaux à ce jour peu identifié

Bien que la constitution d'un réseau de professionnels, travaillant en complémentarité pour une prise en charge globale des femmes enceintes et des couples parentaux soit l'un des objectifs principaux du déploiement de l'EPP, celle-ci reste à ce jour peu concrétisée.

#### **Un partage d'information limité entre les différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge**

La cartographie Urkind est perçue comme un outil qui facilite les échanges avec les couples et qui permet une représentation visuelle des éléments recueillis pendant l'entretien. Toutefois, selon les acteurs entendus, le partage d'information via la cartographie n'est possible que si une majorité de professionnels est formée à minima à la lecture de l'outil. Or bien que les acteurs constatent que de plus en plus de cartographies circulent dans les dossiers et que de plus en plus de professionnels ont connaissance de cet outil, ces derniers sont une minorité à avoir été formés à la lecture. Par ailleurs, la cartographie doit être remise en version papier aux femmes enceintes à l'issue de l'EPP, pour qu'elles l'intègrent à leur dossier. Sa transmission aux autres professionnels intervenant dans la prise en charge dépend donc de la volonté des femmes de partager cette cartographie, de leur capacité à se l'approprier et à en faire un élément de dialogue. Cependant, l'ensemble des professionnels entendus déclarent n'avoir aucune visibilité sur la transmission effective de la cartographie et n'avoir eu aucun retour d'autres professionnels.

D'autres modalités de partage d'informations existent en parallèle de l'outil cartographique. Ainsi, certains professionnels déclarent participer à des staffs communs ville-hôpital, par exemple à la maternité de Sens ou de Mâcon, qui intègrent la dimension psycho-sociale aux échanges. Toutefois, ces staffs communs représentent une exception et la multiplication des dossiers conduit à prioriser seulement les cas complexes.

### Un manque d'interconnaissance et une segmentation de l'activité des professionnels

Dans un deuxième temps, malgré l'émergence d'outils de partage d'information dans la prise en charge de la maternité et de la parentalité, suite à l'EPP, les **acteurs soulignent le manque d'interconnaissance entre acteurs** comme l'un des freins principaux à la constitution d'un véritable réseau. En effet, ces derniers mettent en lumière une segmentation entre les différentes professions ainsi qu'entre les différents modes d'exercice. Les professionnels auraient ainsi une faible connaissance des champs de compétences et des possibilités d'actions des autres acteurs qui interviennent dans le parcours maternité, ce qui présenterait un frein à l'orientation des femmes et des couples vers les ressources adéquates mais aussi à la construction d'une coordination dans le parcours. Ainsi, l'orientation des couples ou femmes enceintes se limite souvent à la transmission d'informations par une liste de contacts de professionnels connus sur le territoire, dans une logique de responsabilité dans le choix de leur propre parcours. Dans certains cas, un courrier est envoyé aux professionnels concernés lorsque cela est jugé nécessaire par les professionnels.

Un manque de partage d'information, conjugué à une faible coordination des professionnels dans le parcours, **peut être source de ruptures**. En effet, bien que l'EPP donne une place centrale aux choix des patientes et des couples dans leur parcours, ces derniers ont une méconnaissance des dispositifs et des ressources qui leur sont accessibles pour répondre à leurs besoins. Selon les acteurs entendus, l'EPP est souvent méconnu des femmes, et, lorsqu'il est identifié, il l'est en tant que rendez-vous obligatoire listé par l'assurance maladie. Dans la mesure où les femmes sont parfois suivies par plusieurs professionnels en parallèle, sans avoir réellement connaissance d'avoir eu un EPP, celui-ci est parfois réalisé plusieurs fois par différents professionnels à différentes étapes de leur grossesse, dans l'absence de transmission d'information et d'échanges. L'usagère ainsi que les représentants associatifs rencontrés soulignent le manque de lisibilité dans la prise en charge. En effet, plusieurs types d'acteurs, qui ne travaillent pas nécessairement en coordination, peuvent être positionnés à la même étape du suivi. Les femmes et les couples sont ainsi souvent contraints de « repartir de zéro » et de revenir sur leurs antécédents, leurs ressources et leurs projets avec chaque intervenant. Par ailleurs, les acteurs soulignent également le manque ou l'absence de suivi suite à l'EPP, souvent limité par la faible disponibilité des professionnels, en particulier dans un contexte de tension sur l'offre de prise en charge ou bien d'absence de professionnels à proximité.

Pour pallier ces difficultés, les acteurs **soulignent l'importance de généraliser la formation à la tenue des entretiens et au partage d'information via un outil commun**. La formation, organisée en deux niveaux (mener l'entretien, lire la cartographie) permet de positionner chaque acteur au bon niveau afin de renforcer leur articulation. D'autre part, la facilitation du partage d'information, par le passage à une version numérique de la cartographie, qui pourrait également permettre l'évaluation plus régulière de l'outil et de son déploiement grâce à l'extraction des données, a également été évoquée. Ce dernier point est cependant à nuancer, le support papier restant utile lors de la consultation EPP elle-même, pour initier les échanges avec les femmes enceintes et les couples, selon les acteurs ayant mené des EPP via cet outil.

### Des interrogations sur l'articulation avec la période post-natale au regard de la tension sur l'offre de prise en charge

L'EPP est un dispositif destiné à identifier les ressources et besoin d'appui des femmes enceintes et des couples parentaux, dans l'accueil de leur enfant. Les difficultés de suivi, de coordination et d'orientation évoquées aux paragraphes précédents sont particulièrement évidentes selon les acteurs, au moment de l'accouchement et de la sortie de la maternité. Ainsi la période post-partum, représente souvent un point de rupture important pour les femmes enceintes et les couples, dans la mesure où ces derniers passent de consultations et d'échanges réguliers avec des professionnels à une absence parfois totale de prise en charge, notamment si l'accouchement n'a présenté aucune difficulté médicale.

De ce fait, en dehors d'une visite de la sage-femme qui a effectué la préparation à l'accouchement, les femmes et les couples bénéficient rarement de temps d'échange complémentaires pour faire état de l'évolution de leur situation et de leurs besoins suite au changement représenté par l'arrivée de leur enfant. Ces temps sont organisés au cas par cas, de manière individuelle, lorsqu'une situation est identifiée comme complexe par les professionnels. Toutefois certains établissements le proposent systématiquement. C'est le cas de la maternité de Beaune, qui propose un temps d'échange collectif dans les deux mois suivant l'accouchement, afin que les femmes et les couples fassent le bilan de leur expérience, présentent leur nouveau-né et expriment leur attentes et besoins dans la période post-natale.

La mise en place d'un entretien post-natal précoce (EPNP), rendu obligatoire en juillet 2022, est de manière générale accueillie positivement par une majorité de professionnels, dans la mesure où celle-ci permettrait de clôturer le parcours et d'assurer une continuité dans la prise en charge globale des femmes enceintes et des couples. Selon les acteurs celui-ci devrait être réalisé selon le même principe et par le même professionnel ayant réalisé l'EPP. Utiliser la cartographie Urkind comme support pour l'EPNP permettrait également d'identifier la marge de progression des femmes et des couples ainsi que d'identifier leurs besoins d'appui complémentaires. En outre, l'EPNP a d'ores et déjà été intégré à un module d'une journée par l'organisme de formation qui déploie la formation au niveau régional. Ses représentants soulignent l'intérêt des professionnels pour s'inscrire à ce module. L'EPNP pourrait ainsi permettre de remobiliser les professionnels pour également se former à l'EPP, en proposant une nouvelle porte d'entrée.

Néanmoins, des réserves ont été exprimées par les professionnels confrontés à une forte activité et à une tension sur l'offre de prise en charge. En effet, bien qu'ils adhèrent au principe de l'EPNP, dans une volonté d'accompagnement et de continuité de la prise en charge, ces derniers craignent la multiplication des consultations et mettent en lumière leur manque de disponibilité pour honorer ces rendez-vous, au regard de l'augmentation des demandes et des délais de prise en charge.

## 10.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

	Question évaluative	Réponses
Résultats obtenus	Dans quelle mesure, l'ensemble des acteurs en lien avec le suivi de la grossesse et l'accompagnement à la parentalité sont-ils mobilisés pour assurer l'EPP ? Quelles ont été les facteurs facilitants, quelles ont été les difficultés rencontrées ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une mobilisation variable selon les professions et les modes d'exercice</li> <li>- Des actions de formation, de communication, d'outillage et d'appui financier menés au niveau régional et national qui ont favorisé la mobilisation</li> <li>- Un palier atteint dans la mobilisation par le manque de disponibilité des professionnels et de relais de proximité pour en mobiliser de nouveaux autour du déploiement de l'EPP</li> </ul>
	En quoi les pratiques des différents professionnels sont-elles harmonisées et cohérentes avec le référentiel commun ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une adhésion à l'EPP et la construction d'une culture commune favorisée par la formation</li> <li>- Deux réseaux de périnatalité qui portent deux logiques de formations différentes</li> <li>- Insuffisamment de professionnels formés et des pratiques qui demeurent hétérogènes</li> <li>- Une approche en termes de repérage des vulnérabilités qui persiste</li> </ul>
	La mise en œuvre de l'EPP permet-elle d'apporter une réponse adaptée et coordonnée à l'ensemble des parents dans tous les territoires ? Les parents sont-ils orientés vers les bons dispositifs le cas échéant ? La coordination entre la prise en charge médico-psychosociale est-elle effective ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un manque de coordination et d'articulation des professionnels</li> <li>- Des professions et des modes d'exercice à l'activité segmentée</li> <li>- Une offre peu lisible et parfois peu accessible (démographie, tension sur l'activité)</li> <li>- Une orientation et un parcours laissés à la responsabilité des femmes enceintes et des parents en dehors des situations complexes</li> </ul>
Appropriation	Les travaux menés autour de la mise en place de l'EPP constituent-ils des facteurs de réussite favorables au déploiement de l'entretien post-natal ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un déploiement de l'EPNP qui peut s'appuyer sur le même référentiel de formation et sur les mêmes outils que l'EPP dans une continuité du parcours</li> <li>- Une campagne de communication autour de l'EPP qui a porté ses fruits, à renouveler et à adapter pour l'articuler avec le déploiement de l'EPNP</li> <li>- Un point de vigilance sur la disponibilité des professionnels dans les territoires où est constaté une tension sur l'activité et sur l'offre de prise en charge</li> </ul>
	Les acteurs mobilisés autour de l'EPP (ARS, réseaux périnatalité, formateurs, PS et structures de PEC, CAF...) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des professionnels largement acquis à la nécessité de proposer une prise en charge et un accompagnement complémentaire à la prise en charge médicale dans le parcours maternité-parentalité</li> <li>- Des points de vue qui divergent cependant sur la priorité à donner à ces consultations du fait d'une activité parfois intense qui contraint à privilégier la prise en charge des risques médicaux notamment</li> </ul>



# 11. Lits Halte Soins Santé (LHSS)

---

## 11.1 Questionnement et méthodes pour l'évaluation

Durant les entretiens de la phase de cadrage de l'évaluation, ont été identifiés plusieurs enjeux autour du dispositif LHSS relatifs à la notion de parcours. Notamment, ces enjeux portent sur l'orientation des publics ciblés vers les LHSS, les besoins couverts ou non par le dispositif, la valeur ajoutée du dispositif mobile, ou encore les conditions d'accueil et d'orientation par la suite. Ces différents points ont donné lieu à une question d'évaluation unique sur les résultats obtenus :

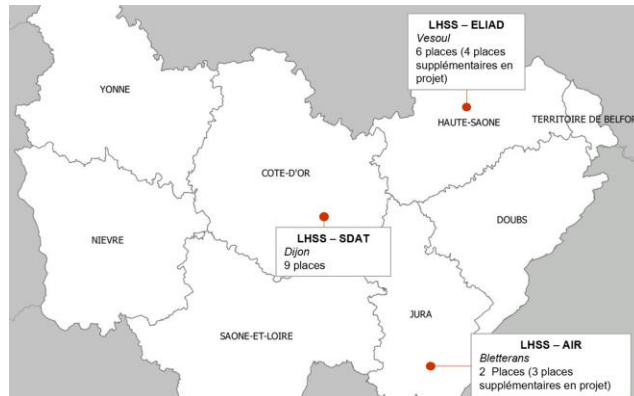
- Les structures (LHSS avec hébergement et mobile) permettent-elles aux personnes les plus fragiles de bénéficier d'un accompagnement médico-social adapté et coordonné (social / sanitaire) et de faciliter leur insertion/réinsertion (devenir des personnes à la sortie) ?

Une seconde question a été formulée sur l'appropriation du dispositif :

- Les partenaires de l'ARS mobilisés autour des LHSS (porteurs de projets, réseau régional) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?

Pour répondre à ces questions, l'évaluation qualitative du dispositif LHSS en Bourgogne-Franche-Comté s'est portée sur trois structures LHSS. Ces dernières ont été retenues au regard des types de structures auxquelles elles sont adossées, de la diversité des typologies de territoires qu'elles couvrent (niveau de ruralité/urbanisation, densité de population) ainsi qu'au regard de leur niveau de maturité et nombre de places.

**Figure 16 - LHSS rencontrés en Bourgogne-Franche-Comté**



- *SDAT à Dijon : une structure située dans une grande ville et ayant des places depuis 2017 avec un nombre élevé de lits. Les LHSS sont adossés à un centre d'accueil, d'hébergement d'urgence et d'insertion ;*
- *ELIAD à Vesoul : une structure située dans une ville moyenne, ayant ouvert des lits lors de la deuxième vague d'ouverture de LHSS et accueillant un nombre plus limité de patients. Les LHSS sont adossés à une structure d'aide à domicile et portant des ACT ;*
- *AIR à Bletterans : une structure dans une petite ville avec un faible nombre de lits ouverts (et des lits en cours de création) ; adossée à une structure de lutte contre les conduites addictives et portée par une association de réinsertion.*

Afin de répondre à ces questions, 29 personnes ont été rencontrées dans le cadre de cette étude de cas :

- 4 entretiens collectifs avec les responsables de structures et les équipes intervenant dans les LHSS ;
- 5 entretiens individuels avec des personnes accueillies ;
- 4 entretiens (individuels ou collectifs) avec des partenaires de structures.

Les données qualitatives recueillies lors des entretiens ont été complétées par une analyse des données partagées par l'ARS (liste complète des sources en annexe).

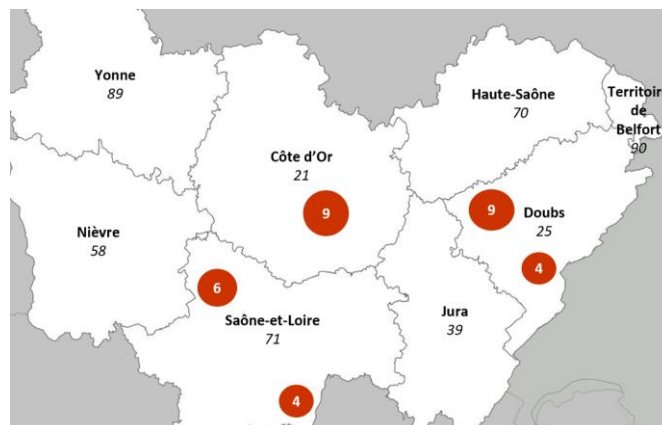
## 11.2 Enseignements généraux sur le dispositif

### 11.2.1 Un déploiement continu de l'offre pour apporter des réponses aux besoins identifiés dans les territoires

#### Un développement quantitatif de l'offre sur l'ensemble de la région depuis 2017

Le PRAPS de 2018-2023 faisait état d'un certain nombre de personnes sans domicile dans la région qui ne pouvait pas accéder à ce dispositif en raison d'un manque de LHSS.

**Figure 17 – Répartition des LHSS par département en 2017**



Source : Planète Publique, à partir des données ARS

En effet, en 2017, comme illustré dans la carte ci-dessus, la région comptait uniquement 36 places sur trois départements : 10 places en Saône-et-Loire (6 places au Creusot et 4 à Mâcon), 9 places à Dijon en Côte-d'Or et 17 dans le Doubs (9 places à Besançon, 4 à Pontarlier et 4 places à Montbéliard). À ce nombre insuffisant de LHSS s'ajoutait sur certains territoires, notamment les zones rurales de l'ouest de la région<sup>37</sup>, un manque de ressources en santé (professionnels de santé, travailleurs sociaux, réseaux associatifs), accroissant ainsi les inégalités sociales et territoriales de santé.

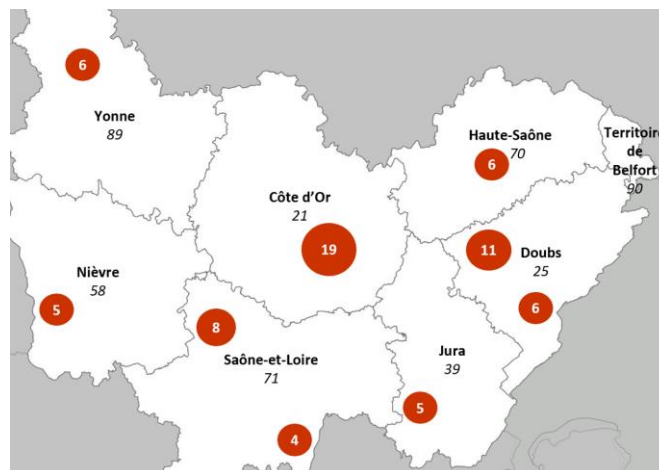
Le PRAPS prévoyait donc la création de LHSS et de places supplémentaires. Pour ce faire, en mai 2018, l'ARS a lancé un appel à projets portant création de 10 places en LHSS supplémentaires dans les territoires non couverts, répartis de la manière suivante : 4 pour le département de l'Yonne (Auxerre) ; 2 pour le département de la Nièvre (Nevers) ; 2 pour le département de la Haute-Saône (Vesoul) ; 2 pour le département du Jura (Lons le Saunier). En 2019, des opérations de fongibilité ont permis d'obtenir plus de 20 places supplémentaires pour assurer la couverture de la région.

Depuis 2017, le nombre de places LHSS en Bourgogne-Franche-Comté a donc plus que doublé, passant de 36 places autorisées et ouvertes à 74 en novembre 2021 autorisées et ouvertes (+ 38 nouvelles places autorisées et ouvertes). Par ailleurs, l'ARS a également autorisé 8 nouvelles places (4 en Haute-Saône et 6 dans l'Yonne) et 6 nouvelles places (Territoire de Belfort) vont également recevoir prochainement leur autorisation.

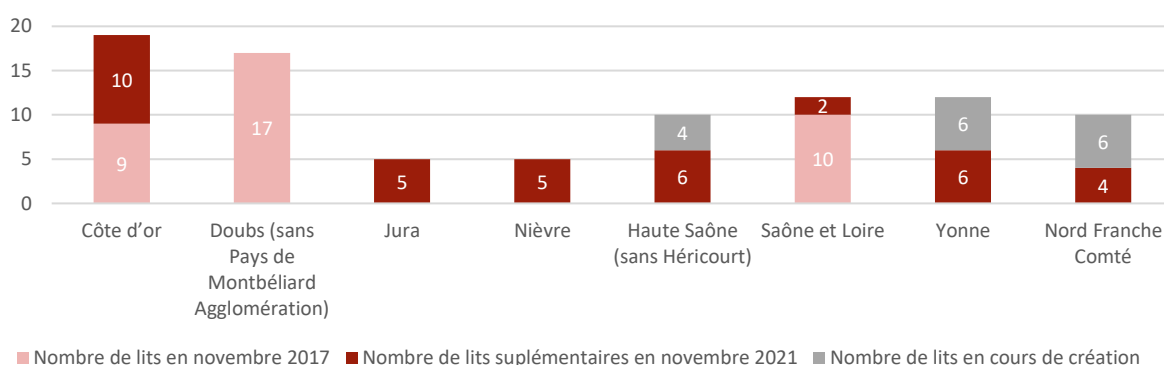
Un nombre de places est attribué par le national à chaque ARS dans le cadre d'une campagne budgétaire annuelle. L'ARS BFC répartit ces dernières par extension dans le cadre du réseau régional SMS PDS qu'elle anime ou par des appels à projets. Les places attribuées depuis 2018 ont ainsi bien permis l'ouverture de LHSS sur l'ensemble de la région.

<sup>37</sup> Par exemple le Morvan, l'Ouest de la Côte d'Or et Nord-Ouest de la Haute-Saône qui sont confrontés à une hyper ruralité, faible densité, vieillissement de la population, faiblesse des ressources financières, manque d'équipements et de services.

**Figure 18 – Couverture LHSS de la Région en 2021 (places ouvertes)**



**Figure 19 – Répartition des LHSS par départements (2017-2021 et lits en cours de création)**



Source : Planète Publique, à partir des données ARS

Ceux lancés par l'ARS en 2018 ont ainsi permis l'ouverture de LHSS dans des départements non pourvus (Yonne, Jura, Haute-Saône, Nièvre). Cette augmentation a également particulièrement bénéficié au département de la Côte d'or avec 10 places supplémentaires. Tous les territoires sont par ailleurs couverts par des LHSS mobiles.

Tel qu'illustré dans les cartes ci-dessus, les LHSS en Bourgogne-Franche-Comté sont majoritairement implantés dans des zones urbaines<sup>38</sup>, celles-ci ayant une plus forte concentration de personnes sans-abris et permettant surtout d'offrir un ensemble de services médicaux et sociaux de proximité.

En septembre 2022, ce sont 13 gestionnaires qui gèrent les 90 places accordées et réparties (cf tableau ci-dessous). Sur la région, les gestionnaires gérant ces structures médico-sociales pour populations à difficultés spécifiques sont majoritairement des associations œuvrant déjà dans le champ social et/ou médico-social de droit commun (83 %). 2 gestionnaires sont des centres communaux d'action sociale.

<sup>38</sup> chef lieux, ville préfecture, densité de population supérieure

**Figure 20 – Gestionnaires des LHSS par département**

	Nb total de places accordées	Nb de gestionnaires	Gestionnaires
Côte-d'Or	19	2	SDAT RENOUVEAU
Doubs (sans PMA)	17	2	CCAS Besançon ADDSEA
Jura	5	1	AIR
Nièvre	5	1	ADDSEA
Haute Saône	6 (+ 4 autorisées en cours d'installation)	2	ELIAD ADDSEA
Saône et Loire	12	1	Le Pont
Yonne	6 (+ 6 autorisées en cours d'installation)	2	Croix Rouge française Empreintes
Nord-Franche-Comté	4 (+ 6 autorisations prochaines)	2	ADDSEA (CCAS) Montbéliard

Source : Planète Publique, à partir des données ARS

La couverture du territoire s'est donc largement améliorée depuis 2017, atteignant ainsi les objectifs fixés par l'ARS de couverture régionale, à l'exception du territoire de Belfort où les 6 places vont être prochainement autorisées. Néanmoins, certains acteurs interrogés émettent des doutes sur la portée des LHSS jusque dans des zones rurales et affirment que le public des LHSS se limite souvent à des personnes dans un périmètre proche du lieu d'implantation des lits. Les bénéficiaires potentiels sont réticents à quitter leur lieu de vie (en rue ou en hébergement d'urgence) et leurs habitudes dans leur secteur.

### Un nombre de places jugés suffisant et en capacité de répondre aux difficultés identifiées sur le territoire

Les structures LHSS comme leurs partenaires rencontrés partagent le constat d'un nombre de places généralement suffisant pour répondre aux besoins dans leur périmètre. Cette étude ne permet de quantifier les besoins sur la région et dans les départements pour confirmer ou infirmer ce constat. Néanmoins, à titre illustratif, deux places de LHSS avec hébergement proposées cette année par l'ARS aux LHSS existants n'ont pas été prises par les gestionnaires, jugeant l'offre déjà suffisante. La transformation de ces places en LHSS mobiles permet de renforcer le déploiement de l'offre aller-vers.

Le travail de collaboration entre l'ARS et les gestionnaires de LHSS permet une véritable coordination pour un déploiement efficace et cohérent de l'offre en fonction des besoins identifiés dans chaque département. Les acteurs interrogés décrivent une mobilisation rapide de financements et une très bonne coordination sur l'assignation des places permettant d'établir une relation de confiance et d'échanges entre les structures d'une part, et entre les structures et l'ARS d'autre part.

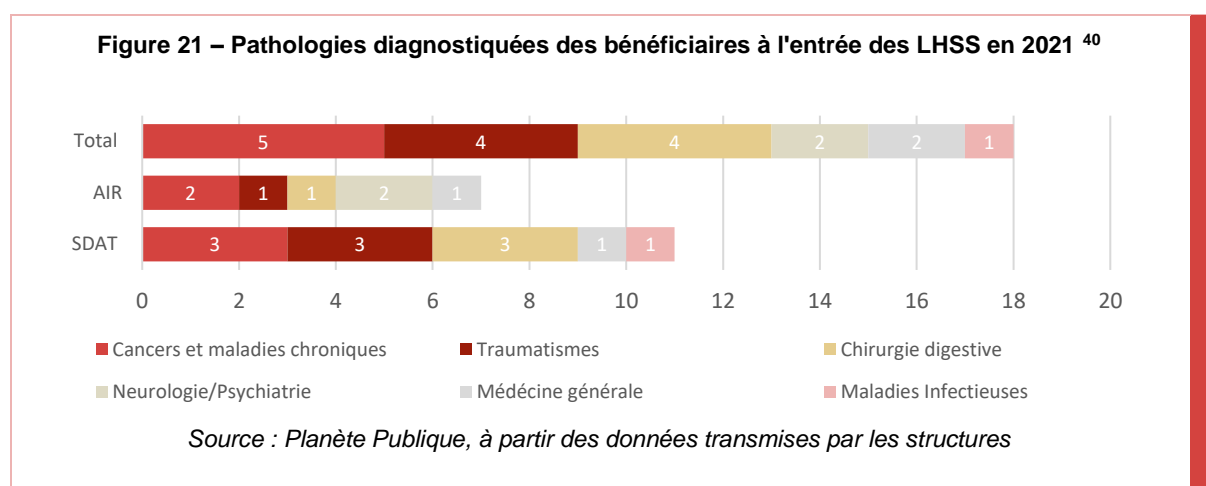
Les acteurs interrogés s'accordent aussi sur la capacité du dispositif à répondre à un véritable besoin identifié sur le territoire (offrir un lieu de répit pour prodiguer des soins aux personnes sans-abris qui ne nécessitent pas ou plus une hospitalisation et participer à construire un projet de suite pour éviter un retour à la rue) qui n'avait peu ou pas de réponse avant le déploiement du dispositif. Néanmoins, certains acteurs émettent des doutes sur la possibilité des LHSS à répondre à certains besoins, face à

des profils de plus en plus complexes. Cette problématique est décrite plus en détail dans les sections suivantes.

### Un public accueilli hétérogène et une augmentation des polyopathologies complexes

Le « profil-type » du public bénéficiaire des LHSS observé en Bourgogne-Franche-Comté est un homme (90% d'hommes et 10% de femmes dans les trois structures observées) de 45 ans et plus dont le parcours est généralement marqué par un temps à la rue prolongé, en amont de l'arrivée en LHSS, et par de nombreux points ruptures dans son parcours. Ce profil est cohérent avec les statistiques nationales<sup>39</sup>, la majorité des personnes sans-abris étant des hommes isolés.

Les pathologies des bénéficiaires, accueillis dans les trois structures étudiées, sont généralement des maladies chroniques ou lourdes (cancer) nécessitant des soins particuliers, souvent à la suite d'une hospitalisation (après une opération chirurgicale), ainsi que par des traumatismes ou encore des troubles psychiatriques. L'absence de soins prolongée les conduit souvent à connaître des phases aiguës avant leur entrée au sein des LHSS.



Généralement, s'ajoutent à ces pathologies de « première ligne », d'autres troubles souvent liés à la vie à la rue qui induit de mauvaises conditions d'hygiène et de santé ainsi que de possibles conduites addictives. Cela résulte d'un développement de pathologies multiples sous-jacentes dont certaines sont parfois chroniques. Une majorité des patients accueillis sont donc touchés par des polyopathologies pouvant par exemple associer des troubles du comportement et des pathologies psychiques à du diabète ou à des maladies cardio-vasculaires.

En LHSS, l'accueil étant inconditionnel (ni ressources, ni titre de séjour exigés), les structures accueillent tous les publics vulnérables, dont ceux en situation administrative irrégulière. En lien avec les flux migratoires en France, les LHSS font face à un public « nouveau », celui des migrants en situation irrégulière. Ces profils sont en augmentation au sein des LHSS étudiés et souffrent généralement de pathologies différentes du reste du public des LHSS (par exemple, des pathologies qui n'étaient plus présentes sur notre territoire métropolitain ou encore des psycho-traumatismes liées à leur migration), ou des pathologies n'ayant pas été prise en compte dans leur pays d'origine. Ces profils nécessitent aussi un accompagnement social plus spécialisé.

<sup>39</sup> Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles - Insee Première - 1330

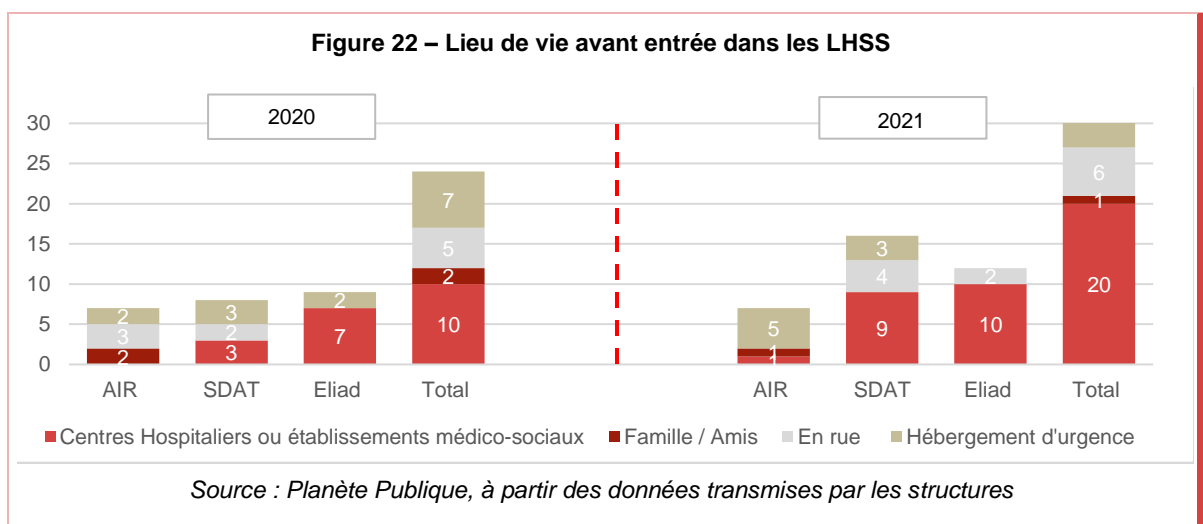
<sup>40</sup> Données non disponibles pour la structure Eliad

Alors que le dispositif LHSS est ouvert aux personnes ayant un besoin en soins ne nécessitant pas (ou plus) une prise en charge hospitalière, les profils accueillis cumulent bien souvent des problématiques de santé lourde et qui nécessitent un accompagnement médico-social renforcé et spécialisé. En effet, les LHSS sont parfois amenés à accueillir ces situations médicales lourdes lorsque les réponses adaptées manquent sur le territoire. En conclusion, bien que destinés à une population souffrant d'affections « ordinaires » (gripes, bronchites, gastro-entérites, incidents traumatologiques), les LHSS accueillent des profils avec des états de santé fragilisés, des problématiques chroniques qui ne sont pas au premier plan (diabète, insuffisances cardiaques...) et des problématiques addictives ou psychiatriques, bien plus complexes à traiter et qui sortent parfois des profils cibles.

## 11.2.2 Une entrée dans le dispositif tributaire de la mobilisation des partenaires dans le processus d'orientation et marquée par la structuration des LHSS

### Des demandes majoritairement à l'initiative des établissements de santé

L'orientation la plus commune des publics bénéficiaires vers les LHSS est issue principalement d'établissements de santé (services sociaux des centres hospitaliers et permanences d'accès aux soins). Des orientations se font aussi par le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation, les centres d'hébergement d'urgence et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. A titre d'illustration, la majorité du public accueilli au sein des structures LHSS étudiées est orientée au préalable par des établissements de santé ou structures sociales (57 %) et 22 % par les structures d'hébergements d'urgence en 2021.



Ces orientations s'expliquent notamment par le fait qu'un passage à l'hôpital est souvent déclencheur de la mise en place d'un parcours d'accompagnement en santé pour les personnes sans domicile fixe. De plus, les centres hospitaliers s'appuient (entre autres) sur l'offre de LHSS pour organiser la sortie de leurs patients après la phase aiguë de soins. Le passage en établissement de santé ou centres d'hébergement permet un signalement dans le parcours de la personne sans domicile fixe et l'accès à une place en LHSS. Ce temps en centre hospitalier ou centres d'hébergement permet aussi à ces personnes sans-abris de bénéficier de l'aide de travailleurs sociaux pouvant entreprendre et coordonner les démarches d'entrée en LHSS en leur nom (démarche considérée comme plutôt lourde par les partenaires, bien que nécessaire).

En effet, l'orientation vers les LHSS se formalise par l'élaboration d'un dossier (renseignements administratifs, avis médical et social), mais celui-ci est différent d'un LHSS à l'autre. Un médecin établit d'abord une fiche de préconisation (évaluation médico-sociale et un dossier médical) pour le dossier d'entrée en LHSS. En amont de la réalisation du dossier, les structures en charge de l'orientation informent les bénéficiaires potentiels de cette orientation des objectifs du dispositif (soins pour une courte durée) et ses avantages au regard de leur situation, afin d'assurer l'adhésion du patient à cette proposition.

Dans une moindre mesure les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et associations d'accompagnement et de réinsertion orientent vers les LHSS. Ces derniers affirment moins connaître le dispositif et ne pas avoir les ressources pour évaluer des besoins en santé et donc être en capacité de déterminer si une situation relève ou non d'une place en LHSS. La logique d'intervention « par la rue » reste donc marginale dans les orientations vers les LHSS à ce jour. Néanmoins, d'après nos échanges avec les équipes, le développement des LHSS mobiles devrait permettre davantage d'orientations vers des places en LHSS avec hébergement, ces cas de figure restant aujourd'hui encore limités. Ces démarches « d'aller vers » effectuées par les équipes mobiles et les associations, peuvent constituer une nouvelle voie d'entrée dans le dispositif, notamment afin d'atteindre les publics très marginalisés.

### **Des dynamiques de coopération entre les acteurs sanitaires et sociaux dans l'orientation vers les LHSS**

Depuis l'ouverture des places de LHSS, les équipes se mobilisent pour se faire connaître sur leur territoire. Les LHSS interrogés notent un véritable accroissement de la connaissance par les partenaires stratégiques de l'offre dans leurs départements respectifs.

De plus en plus d'orientations résultent d'un travail partenarial entre les structures LHSS et les établissements de santé. Les acteurs mettent en lumière l'effet levier de ce travail dans le développement d'une connaissance des dispositifs et acteurs sur le département, qui participe à fluidifier les parcours des bénéficiaires d'une structure vers une autre (par exemple d'un centre hospitalier vers des LHSS). LHSS ont développé des liens avec les structures hospitalières locales et les assistantes sociales de ces établissements ont une bonne connaissance du dispositif LHSS. A titre d'illustration, les partenaires les plus mobilisés rapportent être en lien régulièrement avec les équipes des LHSS, notamment en amont de la réalisation des dossiers afin de convenir des meilleures orientations et d'éviter des dossiers non admissibles. Ce travail permet aux équipes des LHSS de gagner en efficacité dans la gestion des dossiers et d'assurer l'accueil de profils en adéquation avec leur offre.

L'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre des entretiens souligne que le déploiement de l'offre LHSS est facilité par ces habitudes de travail et de collaboration entre les acteurs (culture de collaboration souvent antérieures à l'ouverture des lits). Cependant, bien que la mobilisation des partenaires et LHSS se soit renforcée depuis la création des lits, des inadéquations dans les orientations vers les LHSS persistent comme décrit ci-dessous.

### **Des modalités d'admission propres à chaque structure**

La régulation des places disponibles est organisée par l'équipe de la structure LHSS. A la réception des dossiers, des entretiens de préadmission peuvent être proposés avec l'infirmier, le travailleur social et le médecin référent de la structure. Ces entretiens doivent permettre de présenter le service, d'évaluer les besoins des patients et le niveau de soins à apporter. Ils visent aussi à évaluer si l'accompagnement et les obligations qui y sont associées correspondent à la situation de la personne.



Ces entretiens permettent enfin de s'assurer de la capacité des LHSS à répondre aux besoins du patient. Ces entretiens sont perçus comme une étape essentielle dans le traitement des dossiers afin de pouvoir détecter des besoins supplémentaires, tels que :

- pathologies plus lourdes dans la pratique que dans le dossier ;
- polyopathologies qui s'ajoutent au besoin de soin ;
- troubles comportementaux pouvant poser un problème pour la vie en communauté ;
- troubles addictifs ;
- manque de connaissances du dispositif ou refus de se conformer au parcours de soin proposé.

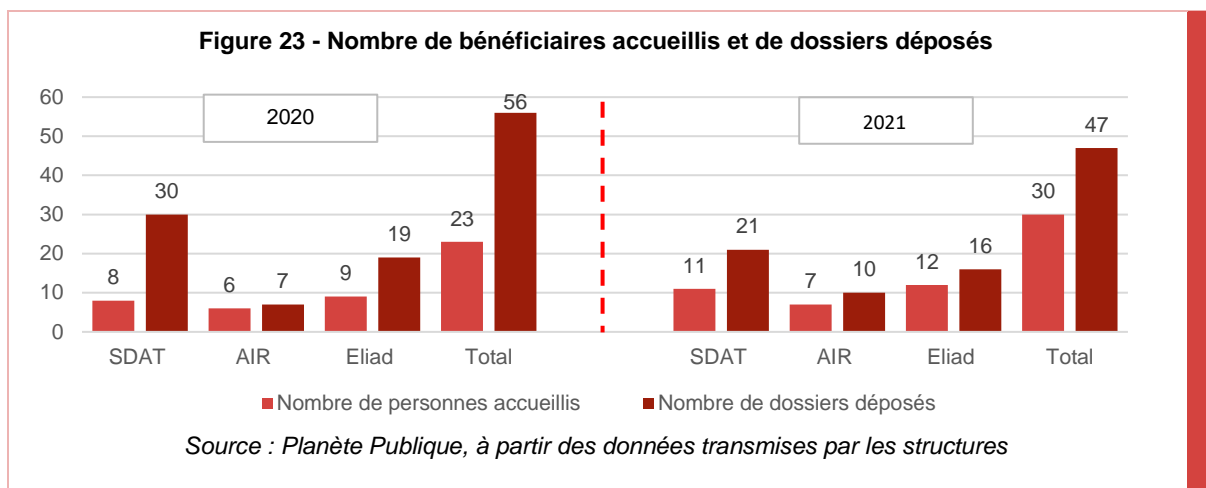
Les dossiers sont étudiés en réunion de service, en tenant compte de l'avis médical et du compte-rendu d'entretien de préadmission. Ces commissions associent les équipes des LHSS (par exemple le gestionnaire, assistante sociale, médecin et infirmiers). Parfois, l'orientation peut également être prononcée par une commission élargie, qui associe aussi des partenaires locaux de la santé / précarité tels le SIAO, l'assistante sociale du CHU, mais aussi d'autres LHSS dans le département. L'intégration des partenaires dans les commissions permet notamment de fluidifier les parcours en échangeant sur les dossiers et de convenir d'une solution de réorientation en cas de refus au sein des LHSS.

La décision finale d'admission d'une personne en LHSS appartient au responsable de la structure et est avant tout conditionnée à un besoin médical conformément au cahier des charges des LHSS. Au-delà des éléments généraux communs présentés ci-dessus, on observe en réalité des pratiques et critères d'admission différents selon les structures. En effet, les critères fixés dans le cahier des charges des LHSS sont suffisamment souples pour permettre des interprétations variables des situations, selon les structures et l'offre qui y est proposée. Les motifs d'admission ou de rejet de la candidature peuvent alors varier d'une structure à l'autre selon leur capacité à accueillir des situations plus ou moins complexes. Cette forme de souplesse dans le traitement des dossiers permet à chaque structure de sélectionner des dossiers en adéquation avec leur offre de soin et permet un accueil avec des solutions adaptées. Cependant, ces différences peuvent aussi induire des différences de pratiques dans la sélection entre les structures et donc les départements.

### **Un nombre de refus motivé par des dossiers inéligibles**

Le nombre de refus pour l'ensemble des structures étudiées était relativement important en 2020 avec un taux de refus s'élevant à 59 % et en baisse en 2021 passant à 36 %. L'étude du taux de refus par structure met en évidence un nombre de refus plus élevé au sein des structures avec un nombre de demandes et de places plus élevées (SDAT : 73 % en 2020 et 48 % en 2021 ; Eliad : 53 % en 2020 et 25 % en 2021 ; AIR : 14 % en 2020 et 30 % en 2021).

Le taux d'occupation des places des LHSS est différent selon la taille des structures, le nombre de demandes et la durée moyenne de séjour. En 2021, la SDAT affichait un taux d'occupation de 88 % (9 places) contre 29% pour l'association AIR (2 places). Sur la même année, 13 dossiers admissibles aux LHSS ont été déposés à la SDAT contre 7 pour l'association AIR.



Ces taux de refus s'expliquent généralement non pas par un manque de places, mais par un nombre important de dossiers inadéquats qui persiste.

La majorité des refus (près de 51 % en 2020) concernent des dossiers avec une absence de besoin de soins dans le projet du demandeur, ou un besoin en soins médicaux lourd et complexe (par exemple, lorsqu'une présence médicale 24h/24 est nécessaire ou encore en cas de maladie chronique sans besoin de soin ciblé et de courte durée<sup>41</sup>). Les structures étudiées notent une augmentation générale des besoins de prise en charge lourde, qu'ils sont souvent dans l'obligation de refuser au regard des ressources matérielles et humaines (et de l'offre de santé proposée par leurs partenaires).

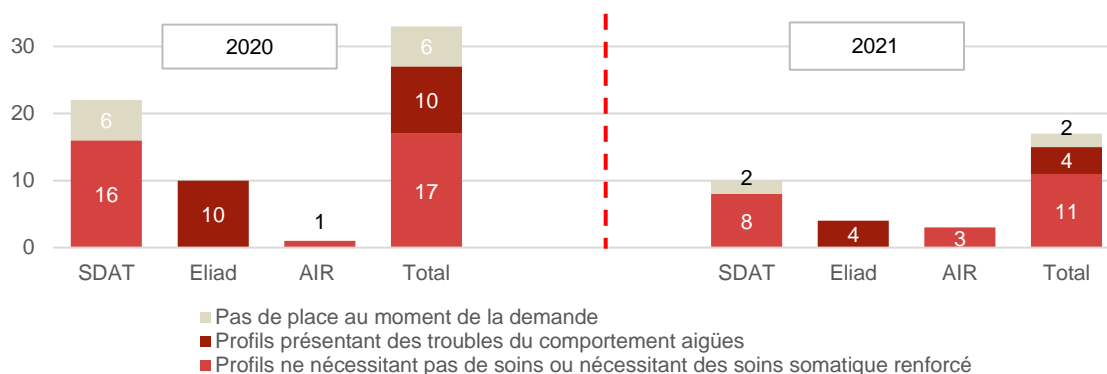
Les refus d'admission en raison de troubles du comportement aigus (problèmes de comportement, d'addiction ou psychiatrique de la personne) représentent 33 % des refus. En effet, les structures LHSS éprouvent des difficultés à admettre ces profils, dont il conviendrait qu'ils soient sous surveillance continue et bénéficient d'un accompagnement renforcé. Plus largement, les échanges avec les structures ainsi que les partenaires de l'offre mettent en évidence la difficulté pour trouver une réponse adéquate aux besoins de ce profil sur le territoire.

Néanmoins, face à ces profils avec des besoins de soins renforcés et troubles du comportement aigus et en l'absence de réponse sur le territoire, les LHSS viennent parfois pallier ces manques en acceptant ces profils plus complexes (par exemple lorsqu'un dossier leur est adressé en urgence en sortie d'hospitalisation en l'absence d'autre solution, même si les LHSS sont inadaptés).

Enfin, les ajournements de candidature en raison d'indisponibilité de places ne concernent qu'une seule structure et ne représentent que 18% de l'ensemble des refus. Ces tendances se vérifient également sur l'année 2021 avec une proportion moins importante. Il existe aussi des refus de dossier en raison de la non-adhésion de la personne à s'inscrire dans un projet de soin et de construction d'un parcours.

<sup>41</sup> Ne s'inscrivant pas dans la durée de séjour de 2 mois renouvelables des LHSS avec hébergement

**Figure 24 - Nombre de candidatures refusés et motifs**



Source : Planète Publique, à partir des données transmises par les structures

Pour finir, les échanges avec les acteurs mettent en évidence un profil de personnes sans domicile fixe qui pourraient prétendre à des places en LHSS, mais qui n'y accèdent pas dans la pratique : les publics de sans-abris très marginalisés. En effet, ceux-ci sont difficiles à identifier, car ils ne s'inscrivent dans aucun dispositif et apparaissent réticents à s'inscrire dans un parcours de soins. Ils notent que les démarches « d'aller vers » qui se développent dans le cadre des LHSS mobiles permettent d'apporter des premiers éléments de réponses pour ces personnes (voir section « Une vraie pertinence de l'offre « d'aller vers » ci-dessous des LHSS mobiles en complément des LHSS avec hébergement » pour plus d'information).

### 11.2.3 Un accompagnement médico-social coordonné qui s'adapte aux besoins

#### Des conditions d'accueil de qualité mais à forme variable

A la suite de l'acceptation du dossier, le personnel de la structure élabore un projet d'accompagnement social et le médecin-référent ayant établi le diagnostic se charge du suivi des soins et s'assure de leur continuité même après la sortie du dispositif.

Les patients sont accueillis dans des locaux aménagés de manière à répondre aux exigences du cahier des charges des LHSS, et sont souvent adossés à une autre structure médico-sociale ou dépendant de la structure gestionnaire des LHSS ou d'un partenaire privilégié (comme c'est le cas pour les LHSS de l'association Air). L'ensemble des LHSS visités proposent des chambres individuelles avec un lieu de vie commun. Les LHSS visités proposent des modalités d'accueil qui peuvent varier sensiblement : certains LHSS offrent une cuisine communale pour que chacun puisse cuisiner (tout en bénéficiant d'un accompagnement si nécessaire), d'autres proposent plutôt un service de restauration ; certains LHSS sont munis de salle de bain individuelle et d'autres de salles de bain partagées<sup>42</sup> ; certains proposent un service de blanchisserie et ménage et d'autres demandent aux patients en capacité de le faire de participer au nettoyage de leur chambre.

Le cahier des charges national précise le fonctionnement général des LHSS et les règles auxquelles doivent se soumettre les structures pour en disposer. Cependant, les structures bénéficient d'une forme de souplesse pour définir les règles d'accueil. Si bien que certaines règles de vie en communauté,

<sup>42</sup> Partagées entre 3 bénéficiaires dans la structure rencontrée

l'usage d'un certain de nombre d'équipements peut être très différents en fonction des structures. Le niveau d'autonomie des patients est également variable.

Même si les règlements intérieurs des structures ne sont pas perçus comme trop contraignants par les bénéficiaires de manière générale, certains ont toutefois du mal à respecter certaines règles et consignes relatives à l'encadrement de la vie en communauté. Un nombre marginal de bénéficiaires ont déjà logé dans des hébergements individuels autonomes par le passé et éprouvent des difficultés vis-à-vis de la vie en communauté. Mais la plupart n'a pratiquement connu que des espaces de vie collectifs ou à la rue, avec des habitudes et un encadrement différent de ce que proposent les LHSS.

La variabilité des règlements des LHSS peut tout de même constituer un frein pour l'intégration de certains bénéficiaires, lorsque ceux-ci ne souhaitent pas se plier à ces exigences (par exemple : pas de solution de garde pour son animal de compagnie ; impossibilité de consommer certaines substances dans les prémisses).

### **Des équipes pluridisciplinaires qui apportent une réponse sanitaire et sociale coordonnée avec les partenaires médico-sociaux**

L'accompagnement des personnes sans domicile et l'encadrement des LHSS sont effectués par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale, composée notamment d'un médecin généraliste référent de la structure, d'un infirmier diplômé d'Etat et d'un assistant social. La diversité des profils et besoins des patients en LHSS nécessite une équipe aux compétences multiples et une offre de soins variée, ainsi qu'une pluralité de partenaires en santé de proximité pour apporter l'ensemble des réponses nécessaires.

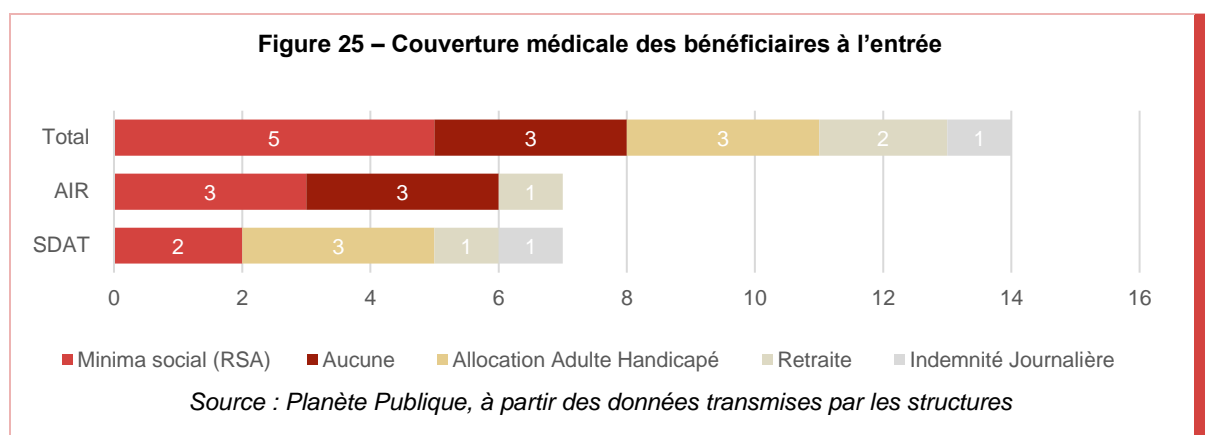
L'intervention d'un médecin généraliste au minimum une fois par semaine au sein des structures donne lieu à des prescriptions dont l'application est confiée aux équipes infirmières. Les transmissions médicales et l'organisation des roulements permettent aux équipes d'apporter une réponse coordonnée et un suivi à tous les bénéficiaires. Les structures peuvent aussi bénéficier de psychologues cliniciens ou d'autres professionnels adossés à leurs structures (par exemple, des professionnels de santé spécialisés sur les troubles addictifs, ou encore des aides-soignants et des professionnels de l'insertion sociale et professionnelle). L'intervention des psychologues et psychiatres est perçue comme essentielle au sein des équipes soignantes, car elle permet de poser un diagnostic pour les bénéficiaires et d'instaurer un dialogue de confiance avec eux dans leur parcours thérapeutique. Les équipes rencontrées identifient un besoin supplémentaire d'accompagnement des troubles psychiatriques en LHSS. Une intervention régulière de psychiatres dans les structures et non un système de signalement pour déclencher l'intervention d'un psychiatre serait, selon les acteurs, préférable.

Afin de répondre à l'ensemble des besoins des bénéficiaires, les équipes des structures s'appuient aussi sur les autres professionnels de santé du territoire et proposent un accompagnement des bénéficiaires dans la prise en charge et la coordination des rendez-vous. Les LHSS mettent donc en place une collaboration avec des associations et partenaires durant le séjour des patients pour assurer des soins complémentaires (psychiatres, Permanences d'Accès aux Soins de Santé, Passage en SIAO pour acter une mesure d'orientation) et étoffer l'offre de soins des LHSS afin de répondre aux besoins des patients accueillis.

Les soins et l'encadrement proposés sont eux aussi soumis aux types de structures, aux équipes et moyens car, comme évoqué précédemment, toutes n'offrent pas les mêmes services (par exemple, certaines bénéficient d'une surveillance de nuit, d'autre pas). Cette étude met en lumière d'autres freins identifiés par les LHSS dans la prise en charge de certains besoins :

- un temps médical plus important semble nécessaire pour des soins continus et un plus grand travail d'individualisation du projet de santé ;
- un besoin de personnels la nuit pour assurer une garde pour les profils pouvant nécessiter des soins de nuit serait souhaitable.

L'accompagnement en LHSS passe aussi par un accompagnement social qui consiste d'abord par une mise à jour de la situation administrative de la personne. Les travailleurs sociaux des LHSS accompagnent les bénéficiaires et les aident à recouvrer leurs droits. Les migrants sans droit à l'entrée du dispositif sont aussi pris en charge et sont accompagnés par les travailleurs sociaux dans leur démarche d'ouverture de l'Aide Médicale de l'Etat (AME). Ce public est exposé à d'autres niveaux de vulnérabilité dans la prise en charge, en raison de l'impossibilité de prodiguer des soins cliniques et thérapeutiques jusqu'au terme du délai d'attente de la notification AME.



En parallèle, les bénéficiaires sont aussi accompagnés dans leur projet de soins (prises de rendez-vous, par exemple), pour favoriser leur autonomie. En effet, dans la mesure du possible, les travailleurs sociaux cherchent à favoriser l'autonomie des bénéficiaires, afin de prévenir toutes formes de rupture dans leur parcours de vie par la suite. Cet accompagnement est divers et peut couvrir tous les volets d'une vie ordinaire, par exemple en aidant les bénéficiaires à faire leurs courses.

Les bénéficiaires rencontrés sont à l'unanimité satisfaits de l'accompagnement médico-social qui leur est offert. Ce travail d'accompagnement instaure une relation de confiance et permet de préparer sereinement le projet personnalisé de sortie.

### Un travail sur le « soin » au sens plus large

Les LHSS permettent aussi d'offrir des « soins » au sens plus général, c'est-à-dire de l'écoute et du soutien aux patients fragilisés par la vie à la rue et les situations qui les ont amenés en LHSS, notamment dans le cadre d'activités organisées par les structures. Pour ce faire, en complément de l'accompagnement médico-social effectué par les équipes, des interventions de partenaires associatifs sont programmés au sein des structures. Ces interventions sont diverses et s'inscrivent dans un objectif thérapeutique et de préparation de retour à l'autonomie en proposant des ateliers de cohésion sociale, photographie, théâtre, musicothérapie et activités artistiques afin de soutenir le travail sur soi des bénéficiaires et les aider à renouer des liens sociaux. Pour le public non-francophone, des ateliers de renforcement en langue française leur sont proposés afin d'améliorer leur maîtrise de la langue et les aider à mieux exprimer leurs besoins. Ces ateliers sont majoritairement appréciés par les bénéficiaires et permettent, au-delà de les préparer à un retour à l'autonomie, de renforcer leur adhésion à leur projet personnalisé de soin et de sortie.

Les LHSS proposent donc une combinaison de soins et d'accompagnement avec une volonté affichée de proposer une approche complète du soin.

### **Des patients très satisfaits de l'accompagnement médico-social des LHSS**

Les échanges avec les bénéficiaires des LHSS mettent en évidence des retours très positifs vis-à-vis des équipes encadrantes et de l'accompagnement proposé en LHSS. Les bénéficiaires perçoivent la plus-value des structures, en comparaison à d'autres établissements et structures de prise en charge fréquentés par le passé. Elles fournissent, selon eux, un cadre agréable, et sont propices à la construction d'un projet individualisé. Les bénéficiaires semblent satisfaits et adhèrent aux solutions qui leur sont proposées dans leur projet de sortie. En revanche, d'autres bénéficiaires sont plus nuancés vis-à-vis du fonctionnement de la vie en communauté et des règlements qui leur imposent des règles de vie jugées parfois contraignantes.

## **11.2.4 Un accompagnement et un ancrage territorial qui permettent de proposer des projets de sortie généralement adaptés**

### **Un travail d'accompagnement des patients qui permet de coconstruire un projet personnalisé de sortie adapté**

La sortie d'une personne accueillie est soumise à l'avis du médecin référent et à celui du personnel de la structure, après concertation de l'équipe sanitaire et sociale qui suit la personne. Dans toutes les structures interrogées, un travail collectif est réalisé par les membres de l'équipe afin d'élaborer un parcours de sortie sécurisé des personnes et adapté à leur situation. Bien que la stabilisation des états de santé soit la priorité à l'entrée dans les LHSS, un accompagnement sur un projet individualisé de sortie est engagé dès l'arrivée dans la structure.

Les travailleurs sociaux tentent d'associer les patients à cette élaboration, même si ils rencontrent parfois des difficultés selon les profils. La volonté et l'adhésion des patients au parcours proposé sont perçues comme primordiales pour favoriser la logique de parcours. En effet, les personnes rencontrées rappellent que les patients n'ont pas d'obligation de soins et doivent donc être en accord avec le projet proposé.

On note cependant, entre les structures, des perceptions variables sur l'étendue du rôle des LHSS dans l'orientation et la construction du projet de sortie. En effet, s'oppose une vision dans laquelle les LHSS sont avant tout là pour apporter une réponse médicale, à une vision promouvant un investissement fort dans l'après LHSS quitte à garder la personne plus longtemps si nécessaire.

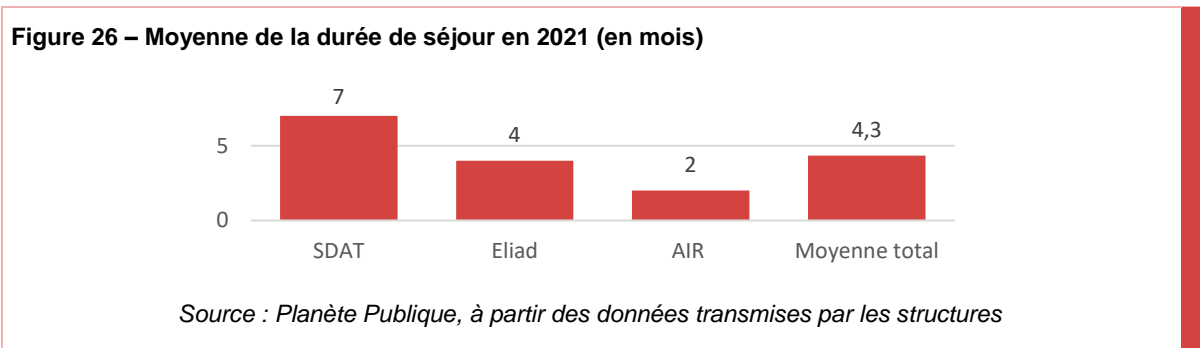
La construction du projet de sortie nécessite ainsi un travail d'information et d'argumentation sur les possibilités qui se présentent au regard des pathologies, de l'offre sur le territoire et des envies du patient. Interrogées sur la pertinence des souhaits formulés par les patients, les équipes rencontrées déclarent que la majorité sont réalisables, sauf lorsque des cas complexes ou des psychopathologies lourdes ne donnent pas la capacité aux patients de formuler un projet cohérent. Les cas médicaux les moins graves et personnes les moins marginalisées sont, selon les acteurs, les plus faciles à orienter et sont généralement satisfaits des propositions (retour dans le droit commun possible). Pour les cas les plus complexes, la formulation d'un projet de sortie est plus complexe.

### **Une construction du projet de sortie et des cas complexes qui allongent la durée du séjour**

Alors que la durée prévisionnelle du séjour des résidents est, en principe, inférieure à deux mois renouvelables en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne, dans la pratique, les LHSS

rencontrés ont évoqué une augmentation des durées moyennes de séjour. Cette augmentation est en lien avec la complexité des personnes accueillies et un besoin de temps plus important pour la mise en œuvre de solutions de sortie adaptées et durables.

Ainsi, en 2021, la durée moyenne de séjour des trois structures est de 4,3 mois, soit deux fois plus que la durée initiale prévue. Seule l'association AIR affiche une durée moyenne de séjour égale à 2 mois pour les bénéficiaires qu'elles accueillent en 2020 (cela s'explique notamment par le nombre de places limités porté par cette structure avec seulement 2 places ainsi que les profils des patients accueillis).



Ce temps d'accompagnement important dans la recherche d'une solution de sortie peut parfois engendrer un engorgement des LHSS.

### Des sorties généralement adaptées aux besoins mais limitées par l'offre disponible sur le territoire

Dans toutes les structures, une solution est systématiquement proposée pour la suite pour toutes les personnes (néanmoins les personnes sans droits ouverts sont simplement signalées au 115). La pertinence des solutions proposée est variable selon les équipes et dépend de plusieurs facteurs, notamment l'offre et les places disponibles dans le territoire. Les équipes sont tout de même généralement satisfaites des sorties proposées et estiment que les souhaits des patients sont généralement respectés.

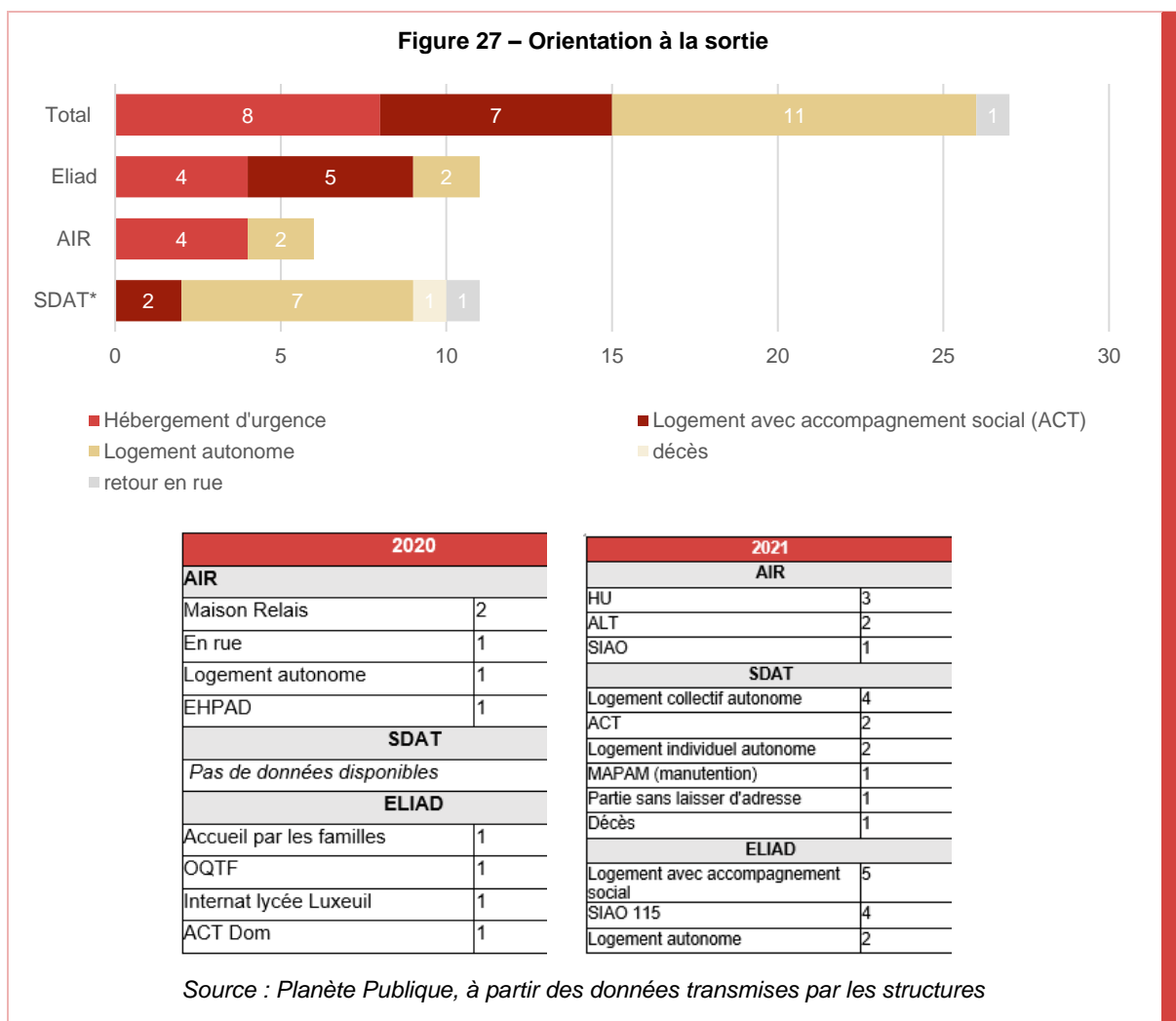
A titre d'illustration, 90% des bénéficiaires accueillis dans les trois LHSS étudiés ont trouvé une solution d'hébergement en 2021, parmi lesquels 40% d'entre eux ont pu être accueillis dans un logement autonome (généralement en collectivité) et 25 % dans un logement avec accompagnement social type appartements thérapeutiques. Les LHSS étant adossés à des structures médico-sociales portant d'autres dispositifs par ailleurs (par exemple des ACT), les possibilités de relais en interne sont particulièrement efficaces.

La plupart des bénéficiaires disposent donc d'une solution d'hébergement, grâce au temps pris par l'équipe pour orienter les patients et à la bonne coordination avec les acteurs du territoire. On peut aussi émettre l'hypothèse que la rigueur appliquée dans la sélection des dossiers participe à ces résultats en produisant un premier effet de filtre permettant d'éviter des profils trop complexes qui pourraient poser d'importantes difficultés dans la construction d'un parcours de sortie<sup>43</sup>.

Seul deux bénéficiaires sont retournés à la rue après leur passage en LHSS. Les retours à la rue à la suite d'un passage en LHSS existent surtout dans les cas de rupture, ou la personne n'accepte pas le soin et quitte le dispositif contre l'avis médical (signalement au 115), ou encore lorsqu'aucun droit n'a pu être ouvert (par exemple, à cause d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF)). Pour ceux

<sup>43</sup> Ces profils sont notamment réorientés vers d'autres structures plus appropriées en amont.

retournant à la rue, les équipes mobiles peuvent parfois proposer une veille. Quant aux ruptures dans le parcours, il arrive que ceux-ci reviennent en LHSS après une nouvelle hospitalisation ou alors puissent être réorientés vers d'autres dispositifs de santé lorsque la vie en LHSS ne leur convenait pas.



Ici encore, l'efficacité des LHSS à orienter les bénéficiaires est facilitée par les collaborations entre les LHSS et les structures d'hébergements sociaux et médico-sociaux. Les acteurs interrogés sont généralement satisfaits de la mobilisation des partenaires et de la démarche partenariale à l'œuvre autour de l'offre de LHSS

Néanmoins, les échanges avec les LHSS sur les freins dans la construction du parcours de sortie mettent en lumière des freins aux projets de sortie souhaités, tel que des déficits en termes de places ou d'établissements adaptés à la suite des prises en charge, notamment :

- un manque de places d'hébergements et de logements adaptés pour des personnes ne nécessitant plus un suivi médical important mais ayant tout de même besoin d'une aide pour continuer leur réinsertion sociale ;
- un manque d'établissements médico-sociaux pour accueillir des personnes de plus de 50 ans avec des problèmes psychiatriques, et dans une moindre mesure pour personnes handicapées ;



- un manque de place en lits d'accueil médicalisés (LAM) (d'après les données disponibles pour l'année 2021, le Jura ne dispose pas de places en LAM et les places dans le Doubs et la Côte d'Or sont en cours de création).

### **11.2.5 Une vraie pertinence de l'offre « d'aller vers » des LHSS mobiles en complément des LHSS avec hébergement**

Comme mentionné précédemment, s'ajoute à ce travail d'accompagnement médico-social proposé en LHSS avec hébergement, une nouvelle offre de LHSS mobile. Bien que récente sur le territoire, il est déjà possible d'établir des premiers constats sur la valeur ajoutée de cette offre. L'ensemble des parties prenantes interrogées notent la véritable plus-value du dispositif qui répondrait aux besoins identifiés par les LHSS et les acteurs médico-sociaux sur le territoire.

Cette démarche "d'aller vers" s'inscrit en complémentarité des LHSS avec hébergement et offre une solution pertinente au besoin de toucher plus largement les territoires et les publics (notamment ceux fortement marginalisés et éloignés du soin). Les LHSS mobiles offrent donc, en amont, l'opportunité de se raccrocher au soin et de commencer à construire un parcours de soin ou, en aval, de continuer un suivi lorsque nécessaire (c'est par exemple le cas des profils sans droits ouverts qui ne relèvent plus des LHSS avec hébergement). Les LHSS mobiles peuvent aussi jouer un rôle d'orientation des publics, soit vers les LHSS, soit vers d'autres structures. Néanmoins, les équipes mobiles rencontrées expliquent parfois se retrouver face à des cas qu'ils ne sont pas en capacité d'orienter convenablement, en l'absence de structures adaptées (par exemple, pour certaines maladies chroniques).

L'offre de LHSS mobiles étant récente, les acteurs (équipes des LHSS et partenaires) travaillent encore à son déploiement notamment pour faire connaître cette offre et obtenir plus de signalements de situations. Ici encore, les acteurs s'efforcent d'insérer et d'adapter l'offre de LHSS mobile aux besoins et dynamiques territoriales en se coordonnant avec les autres acteurs (notamment de la veille sociale) et les dispositifs en place sur leur département (par exemple, des maraudes). A ce stade, les acteurs interrogés reconnaissent un effort supplémentaire de communication et de mise en cohérence du dispositif avec les autres offres sur le territoire, dans l'optique d'assurer la plus-value des LHSS mobiles.

## 11.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

	Question évaluative	Réponses aux questions évaluatives
Résultats obtenus	<p>Les structures (LHSS avec hébergement et mobile) permettent-elles aux personnes les plus fragiles de bénéficier d'un accompagnement médico-social adapté et coordonné (social / sanitaire) et de faciliter leur insertion/réinsertion (devenir des personnes à la sortie) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'offre est jugée pertinente et satisfaisante en termes de nombre de places par les acteurs et elle apporte une réponse aux besoins identifiés sur le territoire.</li> <li>- Les publics bénéficiaires des LHSS sont issus pour plus de la moitié d'établissements de santé (services sociaux des CH et PAS), le passage à l'hôpital étant souvent déclencheur de la mise en place d'un parcours d'accompagnement en santé</li> <li>- Le processus de sélection associe l'ensemble des équipes et les critères de sélection sont adaptés aux moyens des structures afin d'anticiper les difficultés pour la mise en place d'un projet de sortie pour certains profils portant des pathologies lourdes.</li> <li>- Les acteurs notent une augmentation des dossiers pour des profils de plus en plus complexes, alliant besoins de soins et polypathologies, voire troubles psychiatriques. Les dossiers refusés s'expliquent majoritairement par des dossiers inéligibles aux LHSS.</li> <li>- Le public des LHSS est généralement masculin avec un besoin de soin à la suite d'une hospitalisation, associé à une polypathologie et parfois des troubles psychiatriques. Le public accueilli en LHSS est très varié en termes de pathologies et donc de besoins de soins et d'accompagnement social, nécessitant ainsi une adaptabilité de l'équipe et le développement d'une offre LHSS complète.</li> <li>- Au regard des profils accueillis, les équipes LHSS interrogées identifient plusieurs leviers potentiels pour parfaire leur offre médico-sociale : intervention régulière d'un psychiatre dans les LHSS ; temps médical suffisant ; intervention possible d'un aide-soignant et d'un médecin/infirmier la nuit ; travail d'accompagnement/information autour des conduites addictives ; formation/accompagnement des travailleurs sociaux pour mieux accompagner les publics migrants sans droits.</li> <li>- L'offre sanitaire et sociale est adaptée et apporte les soins nécessaires, un lieu de repos et un accompagnement (actualisation des droits, accompagnement vers plus d'autonomie, projet de soin et construction d'un parcours de suite).</li> <li>- Malgré des profils complexes, des réussites sont observées en termes de stabilisation des états des patients au cours de leur séjour et les solutions de sortie sont généralement jugées satisfaisantes. Les bénéficiaires des LHSS sont très satisfaits de l'accompagnement médico-social qui leur est accordé.</li> <li>- Le temps court des séjours en LHSS a été identifié comme un frein potentiel dans la construction du parcours de suite et le renouvellement de la durée des séjours a permis de mieux anticiper les sorties.</li> <li>- Dans la majorité des cas observés, les personnes accueillies se voient proposer une solution d'hébergement à la suite de leur passage. Les profils qui posent des difficultés en termes d'orientation par la suite sont ceux sans droits ouverts ou avec des maladies psychiatriques lourdes.</li> <li>- Des freins se présentent à l'orientation en sortie, tels que l'offre limitée dans les départements (par exemple, un nombre de places en LAM limité), la durée jugée parfois insuffisante des séjours en LHSS au regard des pathologies et les situations complexes des personnes pour construire ce projet de sortie.</li> <li>- Une offre « d'aller-vers », en développement, est jugée très pertinente car en complément des LHSS avec hébergement, selon les acteurs interrogés.</li> </ul>
Appropriation	<p>Les partenaires de l'ARS mobilisés autour des LHSS (porteurs de projets, réseau régional) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs adhèrent aux objectifs de l'ARS visant à déployer l'offre médico-sociale, sanitaire et sociale et devant permettre une prise en charge globale et de qualité, et plus précisément de diversifier et conforter l'offre médico-sociale pour populations spécifiques.</li> <li>- Les gestionnaires sont satisfaits des évolutions et du développement des LHSS qui répondent aux besoins identifiés. Les acteurs notent l'importance</li> </ul>

Question évaluative	Réponses aux questions évaluatives
	<p>du développement de l'offre « d'aller-vers » mais aussi des lits médicalisés afin d'assurer une réponse complète sur le territoire.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le déploiement des dispositifs par les structures rencontrées est en adéquation avec les priorités fixées dans le PRS. Les gestionnaires LHSS sont satisfaits de la qualité du soutien apporté par l'ARS (mobilisation rapide de financements, bonne coordination sur l'assignation des places, relation de confiance).</li><li>- Cette étude met en évidence la qualité des relations entre les acteurs en amont et en aval pour fluidifier les parcours et éviter les ruptures, favorisée par leur présence de longue date sur le territoire, ce qui leur assure un ancrage dans le tissu médico-social du département.</li></ul>

## 12. eTICSS

---

### 12.1 Questionnements et méthode pour l'évaluation

Les entretiens exploratoires avec les pilotes ont permis d'identifier 4 questions évaluatives à traiter pour le volet « eTICSS ». Trois questions portent sur la mise en œuvre et les résultats obtenus :

- Quels sont les différents usages de la plateforme eTICSS ? En quoi permet-elle de répondre à des besoins qui n'étaient pas couverts pour les professionnels ? Quels sont les besoins qui restent non ou insuffisamment couverts ?
- Dans quelle mesure permet-elle d'accompagner des changements de pratique vers plus de coordination, dans une logique de parcours des patients ? Quelle est la plus-value apportée aux patients ?
- La méthode de travail et l'appui sur l'outil numérique permettent-ils de faciliter la réflexion sur la structuration des pratiques de coordination ?

Une 4<sup>ème</sup> question porte sur l'appropriation du PRS par les partenaires (enjeu transversal pour tous les volets de l'évaluation).

- Les partenaires de l'ARS mobilisés autour de la mise en œuvre des e-parcours (DAC, CPTS, autres structures de coordination autour des parcours des patients) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?
- La collecte d'information a été concentrée sur 3 projets :
- Projet « Responsabilité populationnelle diabète » (RP Diabète), porté par le GH70 (Haute-Saône)
- Projet « sorties d'hospitalisation », porté par le service de gériatrie du CHRU de Besançon (CHRUB) et le DAC de Franche-Comté (Doubs)
- Projet Espace médical nutrition et obésité (EMNO) (Côte-d'Or).

Pour les trois projets, les acteurs au cœur du projet ont été rencontrés (porteurs de projet, utilisateurs principaux). Les échanges ont été complétés par une analyse de la documentation mise à la disposition de l'équipe. L'ensemble des sources est présenté en annexe.

### 12.2 Enseignements généraux sur le dispositif

#### 12.2.1 Présentation des trois projets étudiés : des histoires et des finalités différentes

##### **Le projet « sorties d'hospitalisation » porté par le CHRUB et le DAC-FC**

Le périmètre de l'évaluation porte sur le projet « sorties d'hospitalisation », déployé à partir d'octobre 2020 entre le CHRUB et le DAC-FC. Selon les acteurs rencontrés, ce travail s'inscrit dans un contexte

plus ancien et plus global mené depuis 2018 autour du parcours des personnes âgées<sup>44</sup>. Pour ce qui concerne spécifiquement le sujet « sorties d'hospitalisation », le projet s'incarne dans une note co-écrite par le DAC et le CHRUB. Elle reprend les enjeux relatifs aux besoins de fluidification des sorties dans le contexte de gestion de la deuxième vague de la crise sanitaire COVID. Elle décrit la manière dont les professionnels utiliseront eTICSS pour enclencher la sortie d'hospitalisation et partager les informations :

- liste des informations à intégrer dans eTICSS par le DAC pour le CHRUB (cercle de soins et cercle familial, score de fragilité, directives anticipées, antécédents, projet personnalisé de soins) ;
- liste des informations à donner par le CHRUB pour le DAC (courrier de sortie, score de fragilité, ordonnance, date de sortie).

Le document prévoit que la date de sortie puisse être anticipée et inscrite dans eTICSS à J-3 par le CHRUB. Ceci doit permettre d'anticiper une sortie précoce (J-1, voire J-2) quand les conditions de retour à domicile sont réunies.

Le projet s'est appuyé sur eTICSS « socle » et n'a donc pas nécessité le développement de module complémentaire. L'ensemble de ce travail a été réalisé en une dizaine de jours<sup>45</sup>.

### **Le projet IPEP / RP Diabète porté par le GH70**

Le projet est porté par le groupe hospitalier de la Haute-Saône (GH70) et est déployé dans eTICSS depuis 2021. Il s'inscrit dans le cadre de l'expérimentation IPEP (incitation à une prise en charge partagée), soutenue par le Ministère de la santé et l'Assurance maladie depuis 2019, au titre des expérimentations dites « Article 51 », et plus particulièrement dans le projet de Responsabilité populationnelle porté par la FHF sur 5 GHT France entière dont le GH70.

Ce projet s'inscrit dans une démarche de suivi populationnel et repose sur une stratification des patients diabétiques ou présentant un risque de le devenir. Cela consiste à identifier le niveau de risque de chaque personne incluse pour déterminer les actions de prévention et de suivi correspondant à chaque profil. Cinq strates ont été définies, à partir de la strate 0<sup>46</sup> (patient présentant des facteurs de risque) jusqu'à la strate 4 (patients diabétiques les plus complexes)<sup>47</sup>. Le développement de plusieurs modules spécifiques dans eTICSS a été réalisé avec les acteurs.

Initialement, l'expérimentation vise à impliquer la communauté soignante du territoire dans la prévention, le repérage et la prise en charge à l'échelle de la patientèle (et de la population à terme). Le projet mené par la FHF couvre une population à risque ou plus estimée de 55 000 personnes pour le département de la Haute-Saône.

Les professionnels saisissent les informations sur le patient dans eTICSS, comme dans un formulaire d'enquête. Les réponses permettent de déterminer le niveau de risque du patient (strate) et fait apparaître les actions de prévention / suivi correspondantes. La saisie de nouvelles informations fait évoluer automatiquement le profil du patient.

Dans les premières étapes du déploiement, l'identification et l'intégration des patients dans eTICSS ont vocation à être assurées par les professionnels du GH70 (équipe IPEP), par les infirmiers de pratique avancée (IPA) et par le DAC. Les médecins traitants (MT) et les endocrinologues peuvent identifier des

---

<sup>44</sup> Ceci peut influencer la perception des acteurs vis-à-vis du volet spécifique « sorties ». L'analyse précise lorsque la perception porte plus généralement sur eTICSS ou sur le parcours personnes âgées.

<sup>45</sup> 20 octobre : activation du plan blanc ; 22 octobre : expression des organisations mises en place au CHRUB en conséquence ; 30 octobre : transmission d'une note formalisant le processus et les engagements réciproques pour anticiper, préparer et accélérer la sortie des patients.

<sup>46</sup> La strate 0 concerne des patients non diabétiques, mais présentant un ou plusieurs facteurs de risque. Il s'agit de l'essentiel de la population visée par le projet (50 000 personnes environ), et 28% de la population générale selon les données de la FHF.

<sup>47</sup> La strate 4 concerne moins de 1% de la population, mais près de 20% des patients pris en charge pour le diabète de type II. Elle inclut les patients avec diabète sévère (ex : avec amputation, problème de vue...)

patients, même si leur implication dans la création / mise à jour des dossiers n'est pas recherchée au démarrage. Pour ce qui concerne les MT, il est attendu d'eux un rôle d'adressage dans un premier temps, et de suivi plus général du parcours. D'autres professionnels du cercle de soins sont également impliqués dans la démarche (podologues, pharmaciens, chirurgiens) et peuvent visualiser les informations du parcours dans un premier temps. A plus long terme, il est attendu qu'ils puissent créer et mettre à jour des dossiers de patients.

La mise en production de l'outil a démarré en octobre 2021 (v1). L'interopérabilité avec eTICSS « socle » a été développé dans la 3<sup>ème</sup> version mise en service au mois de juin 2022. Les porteurs du projet souhaitaient attendre cette version pour déployer plus largement la mobilisation des professionnels de ville du territoire. Au moment de l'évaluation, cette phase de déploiement est donc en démarrage.

### Le projet Espace médical nutrition et obésité (EMNO)

Le projet EMNO est une démarche globale de prise en charge pluriprofessionnelle de l'obésité, pour différents parcours de patients, avec ou sans chirurgie bariatrique. Il s'inscrit dans les expérimentations « Article 51 » et doit permettre de tester des modalités différentes et un financement forfaitaire de ces prises en charge.

Le projet s'appuie sur la création de plusieurs modules numériques, initiée en 2019, pour structurer la prise en charge coordonnée, en particulier au sein d'eTICSS. Il est passé en production au mois de mai 2022, c'est-à-dire au moment de l'évaluation. Les acteurs ont donc peu de recul sur son fonctionnement. En attendant le développement du modèle dans eTICSS, un outil « transitoire » a été élaboré par l'ARS (fichiers Excel) permettant d'assurer l'initiation du projet, le suivi des patients et le suivi du projet au sein de l'équipe EMNO.

La prise en charge coordonnée inclut un volet d'éducation thérapeutique du patient (ETP), dont une partie est développée en ligne (outil web, non inclus dans eTICSS). Ce volet « e-ETP » vient compléter le volet ETP « présentiel » au sein du parcours « obésité » au sein d'eTICSS.

Les informations sont saisies uniquement par les professionnels intervenant directement dans la prise en charge du patient, au sein de la structure dédiée. Les professionnels du cercle de soins peuvent consulter les informations et contribuer au suivi du parcours, mais ne peuvent pas modifier les informations (lecture seule). Le MT, le chirurgien, l'endocrinologue et les autres médecins spécialistes sont positionnés comme des adresseurs. Les IDE (intervenant à domicile ou post chirurgie) assurent une surveillance au plus proche du patient et participent à l'approche thérapeutique<sup>48</sup>.

## 12.2.2 Des usages variés incarnant les différentes ambitions d'eTICSS

Les trois projets s'inscrivent dans une **logique de prise en charge structurée et coordonnée du patient et de partage d'information**, de manière à ce que chaque professionnel puisse **jouer son rôle dans un parcours / dans une prise en charge coordonnée**. Cela s'incarne toutefois de manière légèrement différente selon les projets.

Chaque projet donne également lieu à d'autres usages, en lien avec les différentes ambitions stratégiques poursuivies par eTICSS.

### Un usage qui peut amener à remplacer un outil au sein d'une structure

EMNO prévoit initialement une prise en charge coordonnée par une équipe dédiée au sein d'une même structure (avec relai d'information vers l'extérieur). eTICSS a donc vocation à devenir **l'outil unique**

---

<sup>48</sup> Source : cahier des charges lié à l'expression des besoins

**pour cette équipe** (remplacement des outils métier). La personne rencontrée indique d'ailleurs que cette approche est la bienvenue, puisqu'il n'existe pas de logiciel satisfaisant pour assurer cette prise en charge partagée et plus généralement pour outiller l'ETP. A terme, l'outil a vocation à être utilisé pour l'ensemble des patients de la structure, au-delà des patients inscrits dans l'expérimentation. Mais la démarche a vocation ensuite à être déployée bien au-delà de cette équipe regroupée sur le même espace.

### Un usage axé sur l'orientation et l'adressage de patients

Du point de vue du CHRUB, le projet devait permettre de fluidifier les sorties d'hospitalisation. Dans cette approche, le projet s'inscrit dans une **logique d'orientation / adressage** pour le CHRUB vers le DAC et le retour à domicile.

Cette approche est également mobilisée par certains professionnels de premier recours dans le cadre du projet RP Diabète, en lien avec le stade de déploiement du projet.

### Un usage en développement lié à l'analyse d'une patientèle/population

La prise en charge des patients relevant des projets EMNO et RP Diabète est financée au titre des expérimentations dites « Article 51 »<sup>49</sup>. Cela génère un **besoin de suivi du projet**, des personnes incluses et des parcours, que vient **outiller eTICSS** (remontée d'indicateurs).

Pour RP Diabète, le suivi et l'analyse de la population sont au cœur du projet et eTICSS permet d'assurer le **suivi de la cohorte**.

Par ailleurs, le DAC indique engager une nouvelle stratégie de déploiement de son activité, reposant sur **l'analyse de la patientèle** et des acteurs avec lesquels il est le plus fréquemment en lien. Ceci doit permettre de **prioriser la formalisation des relations et le partage autour des outils proposés**. La plateforme permet de réaliser ce travail (l'analyse de la patientèle est réalisée dans DISCOVER, module intégré à eTICSS). Ceci dépasse par ailleurs le projet spécifiquement lié aux sorties d'hospitalisation.

### Des besoins non couverts à ce stade dans certains cas, ou au contraire des usages non encore développés

Au-delà des usages actuels des projets, les professionnels rencontrés ont fait part d'autres besoins qui ont vocation à trouver une réponse dans les prochaines étapes de développement d'eTICSS (à plus ou moins long terme) ou du projet concerné.

Les prochaines étapes du projet RP Diabète doivent permettre de **renforcer l'implication les professionnels non spécialisés** (premier recours) dans la démarche. L'outil doit donc leur permettre de s'inscrire dans la mobilisation collective pour repérer et suivre les patients (inclusion, stratification, mise à jour des informations du parcours).

A plus long terme, pour EMNO ou pour RP Diabète, les professionnels indiquent que le **développement d'un portail « patient »** s'inscrit dans la logique du parcours proposé, permettant une plus grande autonomie des patients vis-à-vis de leur prise en charge. Pour le projet RP Diabète, la possibilité d'envoyer des rappels aux personnes incluses constitue un premier niveau de réponse.

Le CHRUB évoque de son côté le besoin de **développer d'autres volets de la collaboration** avec le DAC et plus **généralement avec les professionnels de ville**. L'enjeu pour le service gérontologie est de pouvoir disposer d'informations plus complètes sur les patients entrants à l'hôpital (motifs d'orientation vers l'hospitalisation). Dans le cadre du projet portant spécifiquement sur les sorties

---

<sup>49</sup> Le volet « système d'information » (SI) n'est pas financé par les financements Article 51 et relève intégralement de l'ARS-BFC.

d'hospitalisation, le DAC avait prévu de compléter les informations en amont de l'hospitalisation pour les patients qui étaient déjà dans sa file active. Trois autres cas de figure avaient été identifiés :

- patient adressé par un professionnel de santé libéral (PSL), avec l'appui du DAC => le DAC remplit les informations sous réserve de disposer de « l'intégralité des éléments anamnestiques actualisés permettant une synthèse de qualité »<sup>50</sup> ;
- patient adressé par un PSL ayant assuré lui-même l'intégration du patient dans eTICSS ;
- patient hospitalisé sans intervention d'un PSL du cercle de soins et / ou sans création-complétion du dossier eTICSS => le CHRUB accepte de créer le dossier patient dans les conditions prévues par la note conjointe.

De fait, le professionnel du CHRUB rencontré semble indiquer que cette dernière configuration s'avère la plus fréquente, encore aujourd'hui. Ceci peut donner lieu à plusieurs interprétations possibles :

- le passage en hospitalisation constitue le « point de passage » et l'entrée dans un parcours complexe justifiant la création d'un dossier dans eTICSS<sup>51</sup> ;
- les PSL / le DAC et le CHRUB n'ont pas investi de démarche autour de l'outil eTICSS dans le cadre de l'orientation vers l'hospitalisation.

Dans les deux cas, le CHRUB évoque un sentiment de ne pas bénéficier à plein du potentiel permis par eTICSS en termes de coordination des prises en charge. Cette problématique dépasse le sujet étudié dans le cadre de l'évaluation mais témoigne d'attentes et de besoins complémentaires pour compléter le projet déjà installé.

### 12.2.3 Une méthode de travail jugée classique et adaptée

Le projet co-porté par le DAC/CHRUB cherche à apporter une **réponse à un besoin ancien** (préparation des sorties d'hospitalisation) mais qui rencontre un **niveau de nécessité accru** dans un contexte d'urgence sanitaire. Il ne s'agissait donc **pas de créer un outil, mais de s'appuyer sur l'existant** (eTICSS « socle » et projet de coopération entamé dès 2018).

A l'inverse, pour EMNO comme pour RP Diabète, le volet eTICSS s'inscrit dans le cadre de la **conception d'un nouveau projet de prise en charge / parcours coordonné**, qui implique un volet numérique. Ces deux projets donnent donc lieu à la **création de « modules » eTICSS totalement nouveaux** pour une prise en charge elle-même nouvelle.

Ces deux projets ont donc donné lieu à des méthodes de travail nécessairement différentes. Ils sont également plus récents et s'inscrivent dans des pratiques renouvelées<sup>52</sup>. Les acteurs du projet CHRUB / DAC n'identifient d'ailleurs pas réellement de « méthode de travail » pour travailler sur ce volet. Selon eux, deux leviers ont cependant facilité l'aboutissement du travail :

- l'inscription dans une forme de continuité avec des travaux déjà engagés pour renforcer les liens entre le CHRUB et les professionnels du territoire depuis plusieurs années, dans une logique de sortie (hôpital => ville) mais aussi dans une logique de préparation de l'entrée (ville => hôpital) ; eTICSS a permis d'aborder le sujet de manière très concrète et opérationnelle ;
- la crise sanitaire qui a accéléré la démarche et poussé à trouver des solutions plus rapidement.

---

<sup>50</sup> Note conjointe, page 4

<sup>51</sup> Ces patients ne seraient dès lors pas réhospitalisés, expliquant que le CHRUB ait moins de visibilité sur la suite du parcours de ces patients.

<sup>52</sup> Selon l'ARS



### Un travail d'expression des besoins satisfaisant qui amène peu de remarque des acteurs

Le projet EMNO a été travaillé au sein de la structure EMNO dans une logique de construction d'un outil permettant d'assurer la prise en charge coordonnée par l'équipe pluriprofessionnelle. Si le cahier des charges fait apparaître les **besoins et les usages prévus pour les autres professionnels** (hors EMNO), ils n'ont **pas été impliqués** dans la phase d'expression des besoins.

Selon la personne rencontrée, le travail d'expression des besoins a pu être facilité par deux facteurs principaux :

- des **habitudes de travail coordonnées préexistantes** au sein de l'équipe : l'outil ne vient pas modifier structurellement le parcours de prise en charge, mais formalise / structure la manière de se coordonner entre les professionnels (cf. 12.2.4) ;
- un **travail par étapes** permettant de structurer et de préciser progressivement les attentes et les besoins : ce travail avait par ailleurs été anticipé dès l'écriture du projet, même si les choses se sont affinées progressivement.

Pour le projet RP Diabète, le travail sur l'expression des besoins a mobilisé des professionnels du GH70 jouant des rôles différents dans le parcours des patients diabétiques (du repérage jusqu'à la prise en charge des cas les plus complexe) et **éprouvant de fait des besoins différents** (cf. 12.2.2). Pour les professionnels rencontrés, la constitution du tour de table permet effectivement **d'entendre et de poser l'ensemble de ces besoins** (suivi d'une population, algorithmie de stratification, partage d'information autour d'une prise en charge complexe, mobilisation de professionnels pour l'inclusion de nouveaux patients...).

### Une étape de traduction des besoins bien accompagnée

La participation aux groupes projets relatifs à la construction des outils donne l'occasion aux professionnels de découvrir l'étendue du processus et le degré de précision et de formalisation nécessaire pour aller au bout de la création d'un outil numérique. Au-delà des choix liés à l'ergonomie de la plateforme, les acteurs ont souligné **l'intérêt du processus pour définir de manière fine et précise les logigrammes et les chemins cliniques**. Ceci constitue selon eux un **bénéfice du passage par l'outil numérique** qui ne permet pas l'existence de « zones de flous ».

Dans le cadre de ce processus, les acteurs soulignent la capacité d'écoute de l'ARS pour comprendre les besoins des professionnels de santé. Pour ce qui concerne les acteurs plus techniques (Grades / AMO), les professionnels qui avaient été mobilisés dans des précédents projets soulignent que cette capacité d'écoute et de traduction dans l'outil s'est nettement améliorée.

## 12.2.4 Des effets positifs sur les pratiques des professionnels du « premier cercle »

Les usages permis et investis par les trois projets permettent d'identifier ou de pressentir des effets positifs sur les pratiques de coordination.

Pour ce qui concerne le projet « sorties d'hospitalisation », le CHRUB constate une **baisse considérable de la durée moyenne de séjour** (DMS) passée de 17 jours à 10 jours. Elle n'est par ailleurs pas remontée depuis, démontrant que les pratiques de coordination mises en place dans le cadre du projet ont été pérennisées. Ceci est d'ailleurs confirmé par les acteurs rencontrés.

Pour le projet EMNO, la distance des professionnels est trop limitée pour pouvoir objectiver les effets sur les pratiques. Au moment des entretiens, les professionnels de l'équipe n'ont pas encore basculé

sur eTICSS et utilisent encore l'outil transitoire. La mobilisation des professionnels du cercle de soin hors EMNO n'est pas initiée.

Pour autant, y compris avec l'outil transitoire, les professionnels identifient des effets positifs dans le **partage d'information qui est à la fois plus formel** (traçabilité entre professionnels et au regard des objectifs fixés avec le patient, envoi des comptes rendus au cercle de soins) et **plus rapide** (instantanéité au sein de la structure, comptes rendus générés automatiquement). Ceci permet également de réduire le besoin de réunion (ou d'échanges informels) et donc **d'optimiser le temps médical / soignant**<sup>53</sup>.

Dans le cadre de RP Diabète, le développement est également trop récent pour bénéficier d'un recul approfondi sur les effets produits. En effet, la massification de la mobilisation des professionnels « adresseurs » était prévue pour juin 2022, en lien avec la mise à disposition de la 3<sup>ème</sup> version de l'outil (connexion avec eTICSS socle). Selon les acteurs rencontrés, la démarche concerne pour le moment beaucoup de patients en strate 0, dont les suivis sont donc relativement limités (glycémies à 3 ou 6 mois selon le profil). Avec des premières inclusions réalisées au mois d'octobre 2021, les **bénéfices de l'outil pour les porteurs du projet sont encore peu visibles** (beaucoup de création de dossiers à ce stade).

Cependant, les professionnels rencontrés identifient de premiers effets positifs en matière **d'identitovigilance** (certitude que l'ensemble des professionnels échangent bien sur le même patient) et de **pertinence de prise en charge** (moindre risque de doublons de traitement ou d'ordonnance, moindre risque de perte d'information).

Pour les trois projets étudiés, les professionnels mettent en évidence un effet positif pour **fluidifier les échanges entre les professionnels de ville et l'hôpital** (qualité de l'information, rapidité de transmission, élargissement du cercle de professionnels accédant à l'information) et plus généralement entre les **spécialistes et le premier recours**.

### 12.2.5 Des attentes pour continuer à élargir le cercle des utilisateurs, des difficultés anticipées et des leviers identifiés

#### Un travail d'amorçage à engager pour mobiliser au-delà du « premier cercle »

Les acteurs rencontrés partagent le constat selon lequel l'optimisation du potentiel d'eTICSS en général et de leur projet en particulier implique une **phase d'amorçage** : la prise en charge des patients est pleinement coordonnée si l'ensemble des acteurs du cercle de soins se saisit de l'outil pour consulter voire pour alimenter les données sur le parcours. L'incitation à consulter l'outil est elle-même alimentée par le fait que l'information recherchée pour le patient soit effectivement disponible / à jour, entraînant de fait, un **cercle vertueux autoalimentant le recours à l'outil**.

Les projets RP Diabète et EMNO sont encore **trop récents pour que les fruits de ce travail d'amorçage soient visibles**. Pour RP Diabète, les acteurs mentionnent une stratégie volontaire de ne pas engager la mobilisation des acteurs du second cercle autour de l'outil de manière trop rapide.

Pour le projet « sorties d'hospitalisation », cette **phase d'amorçage semble terminée** et le projet fonctionne en routine. Le DAC et le CHRUB indiquent que eTICSS est aujourd'hui généralisé pour l'ensemble des patients sortant d'hospitalisation nécessitant une intervention du DAC. Les professionnels indiquent que la **mise à disposition d'un temps de secrétariat pour assurer la**

---

<sup>53</sup> Non objectivé

**création et le remplissage des dossiers** a constitué un facteur décisif pour installer les pratiques durant cette phase d'amorçage.

Certaines personnes au sein du service ont pu aller **au-delà de ce projet et utiliser eTICSS dans le cadre des consultations**. Le professionnel rencontré indique toutefois que ce travail nécessiterait de mobiliser plus fortement les professionnels de ville, ou les professionnels orientant vers l'hôpital, de manière à disposer des informations sur les « entrants » (cf. 12.2.2). Le professionnel rencontré indique que cette **dynamique de mobilisation au-delà du projet « sorties » ne semble pas avoir pris auprès des autres médecins du service**. Lui-même fait part d'un certain essoufflement sur cet aspect.

### Un travail majeur restant à opérer en termes d'interopérabilité et d'articulation entre les plateformes

L'**interopérabilité** (ou ses insuffisances) est la **principale difficulté identifiée** par les acteurs rencontrés, vis-à-vis de l'usage d'eTICSS. Tout l'enjeu pour les professionnels de santé est de pouvoir disposer d'une information centralisée tout en évitant les doubles saisies. Ceci implique de travailler l'interopérabilité avec les SIH et de mettre en œuvre les passerelles avec le DMP.

Au sein du CHRUB, la question de l'interopérabilité est un enjeu majeur, qui **dépasse largement eTICSS** du point de vue des acteurs, **mais qui peut contribuer à freiner le recours à l'outil** (perception d'un outil de plus, dans un contexte de démultiplication des outils en interne). Les professionnels du GH70 indiquent que l'interopérabilité de leur SI avec eTICSS a très largement facilité leur implication et leur permet de gagner du temps.

Pour les projets RP Diabète et EMNO, le déploiement de l'outil auprès des différents « cercles de professionnels » est cranté avec le **travail sur l'interopérabilité avec eTICSS « socle »**. Ainsi, les porteurs du projet RP Diabète (en lien avec les Grades pour le volet développement des usages) ont souhaité attendre que cette fonctionnalité soit disponible pour engager le travail de mobilisation des PSL. Ils ont considéré que sans cette articulation, l'outil serait moins bien accueilli par les professionnels et pourrait freiner l'usage d'eTICSS. Ceci coïncidait également avec l'arrivée d'une version stabilisée.

Pour les professionnels rencontrés, le renforcement de l'interopérabilité est donc un enjeu majeur à travailler pour renforcer la qualité du partage d'information et faciliter l'adhésion des professionnels.

Certains acteurs mentionnent toutefois que ce sujet **ne doit pas masquer une problématique plus large autour des cultures de travail**. Quel que soit le degré d'interopérabilité, l'outil ne peut fonctionner que si les personnes le consultent et mettent à disposition, quelque part, l'information sur le parcours. Ceci nécessite dans tous les cas un changement de pratique.

Une des personnes rencontrées évoquent également le besoin de **ne pas négliger les efforts de pédagogie et de formation que peut nécessiter le passage au numérique « partagé »**. Pour que l'information puisse circuler d'un logiciel à l'autre, il convient qu'elle soit « codée » correctement, ce qui revient à bien accompagner les professionnels dans la manière de remplir les champs, même lorsque les passerelles entre les outils ont été créées techniquement.

### Une crainte des bugs et des difficultés techniques, liée aux premières phases d'eTICSS

Les professionnels rencontrés indiquent qu'il est **primordial que l'outil soit stabilisé et corrigé de ses bugs et problèmes techniques avant d'envisager le déploiement** auprès des professionnels moins « captifs » de l'outil. L'enjeu est pour eux de cranter les phases de déploiement du projet en fonction des différentes versions de l'outil. Les projets EMNO et RP Diabète n'ont pas encore engagé la mobilisation au-delà de l'équipe « cœur de projet » au moment de l'évaluation.

Parmi les acteurs rencontrés, certains ont connu les difficultés techniques liées aux premières versions d'eTICSS (préalables à EMNO et RP Diabète) et expriment un certain nombre de craintes à cet égard.

Ces acteurs du « premier cercle » sont également mobilisés tout au long de la création de l'outil et sont donc en première ligne pour tester l'outil, identifier et corriger les problèmes... Ils peuvent donc surestimer les difficultés que pourront rencontrer les futurs utilisateurs occasionnels.

Pour ce qui concerne leurs propres usages, les **difficultés techniques mentionnées ne remettent pas en question l'utilisation de l'outil**, même si elles peuvent s'avérer frustrantes : difficultés techniques de connexion, bugs, lenteur de chargement des pages. Les acteurs reconnaissent toutefois que la **situation s'est nettement améliorée** (notamment par rapport aux démarrages d'eTICSS qu'ils ont connus en dehors des projets étudiés). Pour ce qui concerne la création du module RP Diabète, les acteurs rencontrés indiquent que la **réactivité de l'opérateur** (GRADES) pour résoudre les bugs, pour les rappeler et échanger sur les difficultés, est très satisfaisante.

### Plus généralement un frein lié au changement de pratique et au coût d'entrée perçu au changement

Plus généralement, les professionnels engagés dans eTICSS font part d'une **difficulté à faire changer les pratiques**, pour tout un chacun, dans le sens d'une prise en charge plus structurée pluriprofessionnelle, d'un plus grand partage d'information et d'une coordination renforcée. Ils évoquent un **défaut de la culture de la coordination** encore persistant dans les modes de travail des professionnels de santé, des **craintes liées à la transparence** de l'information sur le travail mené (et non mené) et plus généralement, une **difficulté à dégager le temps nécessaire pour « investir »** dans de nouvelles manières de faire et dans l'appropriation d'un nouvel outil quand bien même cela permettrait un gain de temps à court ou moyen terme.

A cet égard, la **qualité ergonomique et la simplicité d'utilisation** est soulignée comme un vrai point clé pour faciliter l'adhésion des acteurs et réduire le coût d'entrée perçue par les acteurs.

### Des approches de mobilisation « tactiques » pour contourner ces difficultés

Face à ces difficultés ou ces freins perçus ou anticipés, les porteurs du projet RP Diabète ont déployé une **approche « tactique » de déploiement du projet et de l'outil**. La mobilisation des professionnels est menée conjointement sur le projet et sur l'outil par l'équipe IPEP et par la responsable du développement des usages (Grades). Selon les personnes rencontrées, cela permet d'imbriquer fortement le fond et le processus (promotion d'un « package »). Ce travail permet également d'exploiter les deux portes d'entrée sur le maillage du territoire : via l'équipement des professionnels avec eTICSS et via les actions de prévention menées dans le cadre du projet.

Cette approche tactique **s'inscrit dans la temporalité de développement de l'outil** (en lien avec la production des différentes versions). Le premier travail sur l'outil a donné lieu à une utilisation par une seule personne, qui permettait de tester les fonctionnalités, de prendre en main l'outil et de corriger un certain nombre de difficultés. Lors d'une deuxième étape, l'accès a été ouvert à quelques acteurs clés pour le projet (IPA, IDE de santé publique, équipes du GH). Ces acteurs ont pu tester la démarche « en situation réelle » pour procéder aux ajustements et aux corrections nécessaires. La massification de la mobilisation ne devait être lancée qu'à partir d'une version 3 de la plateforme. L'enjeu était de disposer d'un outil stabilisé et disposant de certaines fonctionnalités considérées comme incontournables (connexion avec eTICSS socle) avant d'aller plus loin dans la massification de la mobilisation.

Enfin, les porteurs des différents projets ont fait part d'approches « tactiques » permettant de **mobiliser en priorité certains professionnels pour lesquels il est pressenti qu'ils soient plus réceptifs** à la démarche.

Le DAC-Franche-Comté indique avoir initié un **travail d'analyse sur les professionnels mobilisant le plus souvent ses services** (au-delà du projet « sorties »). Ceci permettra de **prioriser les efforts de mobilisation** des partenaires autour de projets partagés.

Plus généralement, le DAC indique que les paramédicaux sont généralement plus faciles à mobiliser (que les MT) autour de démarches de partage et de centralisation d'informations. En effet, ces professionnels sont **généralement demandeurs d'être mieux inclus dans les processus et les outils permettant la prise en charge partagée**. Ceci nécessite qu'ils soient plus systématiquement destinataires de l'ensemble des informations, ce qui n'est pas toujours satisfaisant dans les procédures d'échanges d'information habituellement utilisées dans les échanges ville / hôpital (selon les acteurs rencontrés).

L'équipe RP Diabète souhaite, à terme, s'appuyer sur ce levier pour mobiliser les pharmaciens, permettant ainsi de faire le lien avec les glycémies réalisées en pharmacie.

## 12.3 En synthèse – réponse aux questions évaluatives

Question évaluative	Points clés de la réponse
<p>Quels sont les différents usages de la plateforme eTICSS ? En quoi permet-elle de répondre à des besoins qui n'étaient pas couverts pour les professionnels ? Quels sont les besoins qui restent non ou insuffisamment couverts ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les outils donnent lieu à différents usages : structuration de la prise en charge, coordination / partage d'information (EMNO, CHRU / DAC, RP Diabète à terme), suivi de parcours, aide à l'orientation (CHRUB / DAC), analyse de la file active (DAC, au-delà du projet étudié, RP Diabète, à terme)</li> <li>- Pour EMNO et RP Diabète, les modules ont été construits sur mesure pour répondre à leur besoin et devront donc à terme y répondre. Le passage en phase opérationnel (EMNO) est trop récent pour disposer de recul, mais les professionnels sont confiants. Pour RP Diabète, les prochaines étapes de développement sont déjà identifiées.</li> <li>- Pour le CHRUB / DAC, eTICSS répond au besoin de fluidification de la sortie. Il a outillé un besoin de renforcement de la coordination et a permis de réduire (fortement) la DMS (17 jours à 10 jours), de manière durable (pas de remontée après la crise).</li> <li>- Pour le CHRUB (1 personne), ce volet ne correspond qu'à une partie du besoin initial qui porte également sur le besoin de disposer d'informations sur les patients entrant (besoin de disposer des informations issues de la ville et de l'hôpital).</li> <li>- Parmi les développements attendus à terme, les professionnels identifient le besoin de modules patients (RP Diabète, EMNO).</li> <li>- Les principales attentes à ce stade ne portent pas tant sur de nouveaux développements possibles, mais sur un renforcement des usages (étape en cours pour EMNO et RP Diabète).</li> </ul>
<p>Dans quelle mesure permet-elle d'accompagner des changements de pratique vers plus de coordination, dans une logique de parcours des patients ? Quelle est la plus-value apportée aux patients ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place du projet CHRUB / DAC a permis de mieux anticiper les sorties (J-3), de préparer le retour à domicile et in fine de réduire la DMS. L'outil a permis d'accélérer la transmission des CR d'hospitalisation.</li> <li>- La mise en place du projet EMNO permet la prise en charge patient selon les modalités art. 51, de fluidifier et d'accélérer l'échange d'information en gagnant en efficacité (information disponible en temps réel dans l'outil, pas de besoin de temps de réunion, réduction du temps d'échange informel). L'ouverture aux professionnels hors EMNO est en cours (pas de visibilité sur les effets).</li> <li>- L'ouverture du projet RP Diabète aux professionnels est en cours (pas de recul sur les effets pour la coordination).</li> <li>- Les enjeux d'interopérabilité restent prégnants mais sont d'ores et déjà identifiés (CHRUB en particulier). Certains professionnels soulignent que l'interopérabilité (si elle est nécessaire et doit être renforcée) ne doit pas masquer un besoin de changement de pratique, voire de culture en faveur de plus de coordination et de transparence.</li> <li>- L'articulation avec le DMP est une attente forte des professionnels.</li> </ul>

Résultats obtenus

	Question évaluative	Points clés de la réponse
	La méthode de travail et l'appui sur l'outil numérique permettent-ils de faciliter la réflexion sur la structuration des pratiques de coordination ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La méthode proposée pour l'expression des besoins semble satisfaisante. Elle est jugée pertinente pour les acteurs. La capacité à traduire les besoins des professionnels dans les outils semble améliorée dans les projets les plus récents. La capacité d'écoute et de compréhension de l'ARS est saluée.</li> <li>- Le travail de création des outils informatiques nécessite de définir et de formaliser précisément les chemins cliniques, les logigrammes ce que les professionnels rencontrés jugent nécessaire et bénéfique.</li> </ul>
Appropriation	Les partenaires de l'ARS mobilisés autour de la mise en œuvre des e-parcours (DAC, CPTS, PTA, autres structures de coordination autour des parcours des patients) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les projets EMNO et RP Diabète sont issus d'impulsion de professionnels, que vient soutenir l'ARS.</li> <li>- Les acteurs rencontrés ne semblent pas avoir une vision d'ensemble de l'image constituée par les différents projets eTICSS et la manière dont l'ensemble des projets peuvent / doivent s'articuler.</li> <li>- Les acteurs adhèrent à l'idée de disposer d'un outil commun aux acteurs du territoire pour structurer les différents projets : lorsqu'ils ont développé leur projet, il était évident de s'appuyer sur la technologie soutenue par la tutelle.</li> </ul>

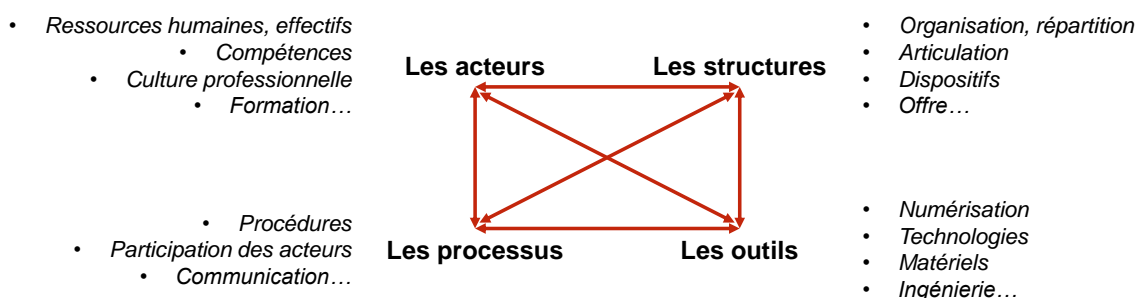
## 13. Analyse transversale

À partir des 9 monographies de dispositifs déployés dans le cadre du PRS, réalisées dans le cadre de l'évaluation du PRS, une analyse transversale a été conduite, dont les objectifs étaient :

- De comprendre le chemin parcouru et restant à parcourir, c'est-à-dire d'**analyser les progrès réalisés** au regard de quelques grandes priorités du PRS,
- D'identifier **des freins et leviers** ayant influencé la mise en œuvre de ces dispositifs.

Pour réaliser cette analyse, les points de convergence identifiables dans les résultats des monographies ont été recherchés, dans une perspective plus globale et transversale. Les freins et leviers ont été investigués autour de 4 composantes déterminant la mise en œuvre de tout projet, constituant le cadre d'analyse ci-dessous.

### Cadre d'analyse des freins et leviers



Compte tenu de l'**approche sélective** adoptée, la démarche d'évaluation réalisée cible un nombre restreint d'actions à forts enjeux, même si la plupart touchent à différentes *priorités* du PRS Bourgogne-Franche-Comté de façon non cloisonnée. L'analyse transversale reposant, par conséquent, sur les résultats de l'étude de 9 dispositifs parmi les mesures de l'ensemble du PRS, **la généralisation de ses conclusions doit être réalisée avec prudence** vis-à-vis de la totalité de la stratégie régionale.

### 13.1 Priorité « prévention »

Le premier axe d'analyse adopté concernait les avancées en matière de prévention, identifiables à travers l'étude des dispositifs ayant fait l'objet d'une monographie. En pratique, cet axe concernait en particulier les dispositifs suivants : RSS et PASS, EMG, CPTS, PTSM, EPP et eTICSS.

#### 13.1.1 Un investissement marqué dans la prévention *médicalisée*

Les dispositifs étudiés opèrent tous selon une logique de prévention *médicalisée*, c'est-à-dire **apportée par des professionnels de santé formés et intégrée à un parcours de santé** ou à une prise en charge. Ils se différencient ainsi d'une **approche plus universelle de la prévention**, destinée à un public large et délivrée en dehors du système de soin, faisant écho aux principes de promotion de la santé.

*La promotion de l'activité physique déployée dans le cadre des PASS, par exemple, s'inscrit dans des parcours de prise en charge de pathologies chroniques. De même, l'EPP s'effectue dans le cadre d'une consultation intégrée au suivi de grossesse plus général proposé à chaque femme enceinte, même s'il s'inscrit dans une approche globale et multidimensionnelle des ressources et besoins d'appui du couple parental, en amont de la naissance. Enfin, la vocation préventive des PTSM repose avant tout sur le renforcement du diagnostic des troubles psychiques et sur l'anticipation de leurs évolutions, grâce à des parcours renforcés.*

**i** La prévention médicalisée est une approche identifiée dans la stratégie régionale, à travers la mise en œuvre de parcours de soins définis, ou dans le cadre de thématiques identifiées telles que la vaccination ou l'éducation thérapeutique du patient. Le PRS affirme néanmoins des objectifs plus larges, notamment en matière de prévention universelle, délivrée de façon précoce et dans la proximité, et d'action sur les déterminants de santé environnementale.

Dans ce périmètre ciblé, l'étude du déploiement des six dispositifs permet de noter **des avancées observables**, dans le cadre de la mise en œuvre du PRS.

*Ainsi, via la création du RSS, il est possible de constater un développement réel du sport-santé sur le territoire régional. Les PTSM favorisent, eux, la mise en œuvre d'actions en matière de prévention en santé mentale dans les territoires. Ensuite, le déploiement progressif de l'EPP et désormais de l'EPN, par le biais de la formation et de la diffusion d'une définition commune, participe à l'émergence d'une culture commune de prévention parmi les professionnels. Des projets portés par eTICSS, enfin, sont de nature à soutenir des pratiques de prévention actualisées, le projet responsabilité populationnelle diabète porté par le GH de Haute Saône par exemple, même s'il est trop tôt pour en objectiver les effets à ce stade. Grâce à une stratification de la population de patients diabétiques suivis, RP Diabète devrait favoriser la mise en œuvre d'actions mieux ciblées au regard des besoins de chaque usager. Une combinaison d'actions d'ETP à distance et en présentiel pourra être proposée dans le cadre du projet EMNO.*

### 13.1.2 Une dimension restant néanmoins au second plan

Les études de cas mettent en lumière le fait que la prévention reste souvent au second plan, **derrière d'autres actions, jugées prioritaires** par les professionnels. Un recours adapté à un dispositif à vocation préventive et une intervention rapide de celui-ci sont soumis à certaines conditions.

*Ainsi, dans les faits, la prévention est moins investie dans le cadre des PTSM que les problématiques d'accès à l'offre et de coordination entre acteurs, qui font l'objet d'actions concrétisées bien plus nettement. La démarche préventive promue par l'EPP passe, elle, souvent derrière l'impératif de prise en charge des risques médicaux d'une grossesse. Et là où l'expertise des EMG mériterait d'être mobilisée en amont de la perte d'autonomie des personnes âgées, la capacité d'intervention de ces équipes se voit en partie débordée par la nécessité d'apporter une réponse en urgence à des situations complexes.*

Enfin, au-delà de la prévention médicalisée, les actions de promotion de la santé à destination de la population générale, constituent un **objectif secondaire de certains dispositifs**. En pratique, le déploiement de telles actions soulève, d'après les résultats des monographies, la question des **capacités de portage et de mise en œuvre** de telles actions dans le cadre de ces dispositifs.



### 13.1.3 Des effets positifs sur des déterminants de santé multiples

Les actions de prévention déployées via les dispositifs étudiés ont souvent des **effets plus larges que ceux attendus initialement** : ces effets se traduisent sur des **déterminants de santé multiples**.

*Grâce au regard global qu'il favorise, l'EPP mobilise de multiples leviers dont pourront s'emparer les futurs parents, au-delà des besoins prioritaires que les professionnels s'attacheront à repérer. Le déploiement du sport-santé, lui, participe au renforcement du lien social en favorisant les rencontres entre pairs, en offrant la possibilité de pratiquer une activité physique adaptée au sein de structures situées à proximité de leur lieu de vie.*

### 13.1.4 Freins et leviers du développement de la prévention

Au sein des dispositifs étudiés, **l'adhésion croissante** et l'intérêt visible des professionnels pour les questions de prévention sont notés, avec bien sûr des variations selon les groupes professionnels. Ils permettent **d'impulser une dynamique réelle** pour renforcer la prévention.

*L'appétence des sage-femmes libérales pour la pratique de l'EPP a ainsi été mise en évidence, reposant à la fois sur leur culture professionnelle et la possibilité de valorisation financière par un acte reconnu.*

Le **développement de compétences spécifiques** et **l'évolution des pratiques** apparaissent comme des clés indispensables du déploiement d'actions de prévention. Ils soulignent l'importance d'un apport de connaissances, par le biais de formations dédiées.

*L'organisation de formations collectives constitue par exemple un levier identifié du déploiement de l'EPP dans la région. L'orientation des patients éligibles vers le RSS est fortement conditionnée par la sensibilisation des professionnels prescripteurs, via des temps de formation, permettant d'emporter leur conviction de l'intérêt sanitaire du sport-santé. En ce qui concerne la sollicitation précoce des EMG, on note que leur mobilisation à meilleur escient repose sur le développement des capacités de repérage précoce des risques de dégradation de la personne âgée chez les professionnels qui les accompagnent. La démarche « responsabilité populationnelle diabète » permet la sensibilisation de l'ensemble des acteurs du territoire à la prévention du Diabète.*

Au-delà d'un apport de compétences nouvelles, on note que la mise en œuvre d'approches préventives peut supposer, pour les professionnels impliqués, **un véritable décentrage par rapport à la vision d'abord sanitaire** à laquelle ils ont été formés.

*L'EPP, par exemple, suppose non seulement d'élargir la conception de la santé périnatale, mais aussi d'investir la notion de parentalité, en s'intéressant aux conditions matérielles, sociales, affectives, et psychologiques d'accueil de l'enfant au sein du couple parental. Dans le cadre des PTSM, une logique de dé-psychiatisation s'opère, contribuant au repérage précoce des troubles ainsi qu'au développement d'une conception plus globale de la santé mentale.*

Toutefois, malgré ces évolutions favorables, la place donnée à la prévention est soumise à **la perception qu'ont les professionnels des priorités**, cette perception étant fortement influencée par les contraintes qu'opère la demande de soins sur leur disponibilité.

*C'est ainsi l'un des principaux motifs de difficulté de mobilisation des médecins généralistes en matière de prescription de l'APA ainsi que des professionnels de maternité en matière d'EPP, ces deux groupes étant accaparés par leurs activités courantes.*

Fréquemment, pour un professionnel de santé s'investissant dans une action de prévention, il s'agit de passer **d'une logique de réponse à une demande du patient**, constituant la règle dans les soins curatifs, **à une logique de proposition**, pas toujours évidente à mettre en pratique.

*Cela peut notamment se traduire dans un travail à réaliser auprès des usagers, au sujet de leurs freins et motivations à participer, comme dans le cas du RSS. Dans le cas de l'EPP, informer sur les objectifs et le contenu de l'entretien proposé est un exercice en soi, pour les professionnels, de même que la place de cette étape du parcours d'accompagnement et le lieu de sa réalisation (à la maternité, en ville...) peuvent manquer de lisibilité pour les usagers. La démarche d'eETP mise en place dans le cadre du projet EMNO s'inscrit bien dans cette logique de proposition et d'empowerment du patient.*

## 13.2 Priorité « parcours »

Le deuxième axe de l'analyse transversale des résultats des monographies porte sur le développement de la logique de parcours, qui constitue un enjeu pour l'ensemble des dispositifs étudiés dans le cadre de l'évaluation.

### **Rappel sur la notion de parcours**

*Selon la focale adoptée, on distingue trois types de parcours : le parcours de soins, le parcours de santé et le parcours de vie. L'approche en termes de parcours vise à organiser la prise en charge globale et continue des usagers du système de santé, dans toutes les étapes de sa vie, en leur donnant accès à la prévention, aux soins et à un accompagnement adapté. Pour atteindre cet objectif, les interventions des acteurs en santé (professionnels, établissements médico-sociaux et sociaux, associations, collectivités, services de l'Etat, protection sociale) doivent être coordonnées en vue d'offrir le bon service, au bon moment, par le bon acteur de la prise en charge.*



Au-delà des dispositifs étudiés dans le cadre des monographies, les parcours constituent un outil de structuration des accompagnements très présents au sein du PRS de Bourgogne-Franche-Comté. Selon les acteurs mobilisés et le contexte de mise en œuvre, la logique de parcours peut rencontrer des appuis variables et faire face à des contraintes diverses.

### 13.2.1 Un changement de paradigme amorcé

Les résultats des monographies témoignent d'une **familiarisation progressive des acteurs** avec la conduite d'une réflexion partagée selon une logique parcours, encore peu commune il y a quelques années. Ainsi, de plus en plus les professionnels reconnaissent la nécessité de structurer leur action autour d'axes de travail communs, en coordination avec l'ensemble des parties prenantes d'une prise en charge donnée.

*En tant que mission socle des CPTS, l'organisation des parcours fait partie intégrante du projet de santé de ces organisations couvrant progressivement le territoire régional. La structuration des parcours est également au cœur de la conception des PTSM, qui favorisent l'action concernée des acteurs sanitaires et médico-sociaux intervenant dans le suivi des patients à un même moment de leur vie ou de manière successive. C'est également le cas des projets (parcours) développés dans le cadre de la plateforme eTICSS. L'objectif y est d'assurer une continuité dans la prise en charge au gré de l'évolution des situations, afin de permettre une*

*prise en charge globale, cohérente et efficace des patients à chaque instant, dans une logique de parcours de soins, voire de parcours de vie.*

L'acculturation progressive des professionnels et la généralisation de cette approche permettent de **mettre en lumière les étapes clés des prises en charge** ainsi que les **éventuels points de rupture** qui en menacent la continuité.

*L'étude du déploiement de l'EPP a conduit à rappeler l'importance de l'articulation entre la période prénatale et le post-natal immédiat, la sortie de la maternité pouvant constituer un point de rupture majeur du parcours périnatal. Le service de gériatrie du CHU de Besançon identifiait au-delà de l'organisation de la sortie de l'hôpital avec le DAC, la nécessité toute aussi prégnante de travailler sur l'entrée et le partage d'information et de processus à cette étape.*

Enfin, cette approche se situe **au principe même de certains projets** tels que la création des LHSS ou la recherche d'une plus grande continuité d'accompagnement des usagers dans le cadre des PTSM, où une meilleure articulation du sanitaire et du médicosocial, comme de l'hospitalier et de l'ambulatoire, est recherchée.

### 13.2.2 Une logique produisant des effets propres

L'application d'une logique de parcours dans les dispositifs analysés induit des évolutions dans les pratiques et dans l'organisation des acteurs sur le territoire. Elle peut être l'objet d'un renforcement de la **coordination entre acteurs**, comme dans le cas des LHSS, d'eTICSS, ou des EMG. Elle peut également être à l'origine de la **co-construction de projets communs**, à partir des besoins identifiés auprès des usagers, comme c'est le cas pour l'élaboration des projets de CPTS ou de PTSM. La structuration d'un parcours peut également être le **vecteur de nouveaux modes d'actions pour les professionnels**.

*Ainsi, dans le cadre des LHSS mobiles, les professionnels ont pu développer des modalités d'aller-vers pour toucher les populations les plus éloignées du système de soin. Afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des usagers orientés vers une activité physique adaptée, l'accompagnement par le RSS fait l'objet d'une individualisation dans le cadre du PASS. Enfin, au regard de leur mission socle portant sur ces aspects, les CPTS ont pu engendrer des modes d'organisation collectifs facilitant l'accès au médecin traitant ainsi qu'aux soins non programmés. Ces actions pourront bénéficier à l'ensemble de la population d'un territoire, là où chaque praticien répondait individuellement à la demande de sa propre patientèle, auparavant.*

Enfin, la mobilisation d'une approche parcours permet, d'une part, **d'adopter une vision plus globale de la prise en charge et davantage centrée sur l'utilisateur**, notamment dans le cadre des PTSM ou de l'EPP. Bien qu'exprimée clairement par les acteurs, cette volonté doit toutefois encore être traduite dans les faits. Ce changement favorise également, d'autre part, l'amorce d'un décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, dont les effets concrets restent à mesurer.

*La construction des PTSM a ainsi permis de mettre en avant la notion de parcours de vie, même si, en pratique, c'est la logique de parcours de santé qui y reste prédominante.*

### 13.2.3 Une évolution de moyen à long terme, par étapes

Initier des dynamiques de coopération et de coordination entre acteurs autour d'une prise en charge donnée, d'après l'analyse réalisée des différents dispositifs, **nécessite un travail s'inscrivant dans la durée**, avant que les effets ne puissent en être observés.

*Les CPTS, par exemple, sont des organisations encore jeunes, où la structuration des parcours, bien que figurant parmi les missions socles, reste récente. Elle suppose un travail approfondi*

*de mobilisation de partenaires et l'organisation de groupes de travail dédiés, sur un temps long. Le recul n'est pas encore suffisant pour observer la formalisation d'actions concrètes sur ce volet, à ce stade de leur déploiement.*

D'autre part, l'inscription dans un parcours repose en grande partie sur **l'appropriation et l'adhésion de l'usager**, qui demeure le premier coordinateur de son parcours.

*C'est le cas dans le cadre du PASS, des LHSS mais aussi de l'EPP, où les patients peuvent être orientés vers une offre de soin adaptée à leur besoin à un moment donné de leur parcours mais où la demande de prise en charge demeure à leur discrétion.*

Cette appropriation suppose un renforcement de l'accès à l'information en santé et une **sensibilisation accrue** des usagers du système de santé, des évolutions qui s'inscrivent elles aussi dans une temporalité longue.

Raisonner et travailler selon une logique de parcours ne résout pas tout. Dans des prises en charge souvent complexes, le renforcement d'un segment peut induire **un report des risques de rupture** à une étape ultérieure, ou contribuer à **mettre en lumière des nouveaux besoins d'accompagnement** auxquels une réponse devra ensuite être apportée.

*Dans le cas des LHSS, l'offre de soin peut atteindre ses limites en aval de la prise en charge, face à des situations où les publics cumulent les vulnérabilités. En ce qui concerne l'EPP, la mise au jour des besoins des couples parentaux suppose l'apport de réponses spécifiques à la suite de l'entretien ou l'orientation vers des ressources dédiées lors de la période post-natale.*

#### 13.2.4 Freins et leviers du développement des parcours

Au vu de ces illustrations, **l'identification des étapes stratégiques des parcours**, exposées à un fort risque de blocage, apparaît déterminante.

*S'agissant du recours aux EMG, le moment du repérage des besoins et de la sollicitation de l'équipe constitue une étape clé. Si les professionnels sont peu informés des modes d'intervention ou des champs de compétence de l'EMG, des sollicitations inappropriées ou une absence de sollicitation sont possibles. Dans le cadre du PASS, la prescription constitue également une étape stratégique de l'inscription du patient dans le parcours sport-santé.*

Toutefois, les blocages sont souvent liés à **des cloisonnements persistants entre les acteurs** des différents champs intervenant dans la prise en charge, auxquels se confrontent une part importante des dispositifs étudiés.

*Dans le cas des EMG, l'émergence et le portage hospitalier de ces équipes expliquent largement la prédominance des sollicitations intra-établissements et leur déploiement encore limité en milieu extrahospitalier. Au sein des PTSM, les réflexions et les efforts portent justement sur la mise en place de coopérations ville-hôpital et de passerelles entre le sanitaire et le médico-social. Enfin, la sortie de maternité constitue encore à ce jour un point majeur de rupture de l'accompagnement périnatal, et ce, malgré l'introduction d'une logique parcours.*

D'ailleurs, les cloisonnements et risques de ruptures peuvent parfois être **renforcés par la structuration et la spécialisation de l'offre de soins**, même si celle-ci est justifiée par la recherche d'une meilleure réponse aux besoins spécifiques.

*La segmentation de l'offre créée et les discontinuités lors des changements de cycles scolaires sont ainsi pointées dans le cadre de l'inclusion scolaire des jeunes en situation de handicap.*

Une fois un parcours structuré, sa concrétisation passe souvent par la coordination des trajectoires des usagers qui en bénéficient. Ainsi, des **ressources dédiées à un accompagnement individualisé** sont souvent nécessaires.

*Le rôle joué par les professionnels du RSS, formés à cet effet, est ici illustratif.*

Ensuite, du point de vue des professionnels, c'est la **lisibilité d'ensemble** de l'offre de coordination des parcours qui doit être maintenue, à l'échelle des territoires.

*Dans le cas des EMG, des confusions ont été possibles vis-à-vis de la présence de plusieurs acteurs dont les champs d'actions peuvent sembler similaires ou se superposer, aux yeux des professionnels. On pense en particulier aux DAC, lorsque ces derniers sont bien identifiés en tant que guichet pour les situations complexes.*

Enfin, déployer **des outils de structuration des parcours et de coordination** s'avère facilitant, à la condition qu'ils soient utilisés par l'ensemble des acteurs concernés et conçus en réponse à leurs besoins. La réflexion collective autour de la création d'un outil dédié s'avère **structurante pour la formalisation d'un parcours donné**, comme dans le cas de la démarche menée avec eTICSS.

*À titre d'exemple, le travail conduit entre le CHRUB et le DAC-FC, intégré à eTICSS, a contribué à une fluidification de la sortie d'hospitalisation, ainsi qu'à une réduction durable de la durée moyenne de séjour. Dans le cadre du projet EMNO, la plateforme numérique permet de concrétiser une prise en charge en équipe pluriprofessionnelle. Dans la logique RP70, l'outil permet la stratification de l'ensemble des patients inclus, quelle que soit l'acteur qui réalise cette inclusion, indique les conduites à tenir correspondantes, et permet au GH70 d'avoir une vision et d'assurer un suivi de cette population. A contrario, les résultats des travaux montrent que les outils, s'ils sont multiples et non inter-opérables, peuvent être d'un intérêt limité en termes d'appui : c'est le cas dans le déploiement des EMG, où les acteurs impliqués utilisent tous des outils de suivi différents dans la prise en charge. L'absence d'outils peut également s'avérer limitante pour la mise en œuvre d'actions visant à organiser les parcours, comme dans le cas des CPTS étudiées, peu équipées en la matière à ce stade de leur déploiement.*

### 13.3 Priorité « territorialisation »

Le troisième axe structurant l'analyse transversale issue des travaux d'évaluation concerne la territorialisation des actions de l'ARS. Cet axe s'attache à décrire en quoi la mise en œuvre actuelle du PRS, telle qu'observée à travers les monographies, permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins de l'ensemble du territoire régional. Enjeu initialement identifié de 4 dispositifs en particulier – les EMG, les CPTS, les PTSM et eTICSS – il s'agit en réalité d'une question transversale à pratiquement tous les dispositifs étudiés.

#### 13.3.1 De la stratégie régionale aux adaptations locales : un double équilibre à trouver

##### Entre harmonisation et subsidiarité

Le PRS a pour objectif de définir **un cadre commun à l'échelle régionale**, guidant les actions mises en place par les acteurs de santé du territoire. Ce cadre commun identifie, pour chacune des priorités arrêtées, **des objectifs communs, des éléments de méthode partagés, ainsi qu'un ensemble de leviers mobilisables par les acteurs sur le territoire**. Il vise à mettre en œuvre des dispositifs qui émanent notamment de stratégies et d'instructions élaborées au niveau national, à déployer au niveau régional, en lien avec le tissu d'acteurs pertinent. Bien souvent, harmoniser les actions menées dans

les champs concernés constitue un enjeu, afin de garantir une égalité d'accès aux dispositifs sur l'ensemble du territoire régional.

*Parmi les dispositifs étudiés dans le cadre des monographies, on peut souligner l'existence d'un tel cadre commun dans la méthode d'élaboration des PTSM, le cahier des charges précis et structuré pour les CPTS, les travaux de structuration de l'offre du RSS et la présence d'un réseau de coordination régionale des LHSS.*

Toutefois, ce cadre commun est confronté à la nécessité d'apporter des réponses aux problématiques de santé identifiées plus localement, conformément aux diagnostics régionaux de santé, tout en s'appuyant sur les dynamiques locales portées par les acteurs. Ainsi, **les dispositions contenues dans le cadre commun sont soumises à une adaptation locale**, que ce soit :

- Grâce à des **méthodes intégrant cette logique d'adaptation aux réalités locales** ;

*C'est le cas de la définition de critères étayés de détermination des territoires des CPTS ou, pour les PTSM, de la définition de fiches-actions propres à chaque territoire, conformément à ses besoins et ressources identifiés, en lien avec les porteurs de projet et sur la base de diagnostics territoriaux, par exemple.*

- Ou bien par le choix d'une **mise en œuvre conduite à une échelle plus locale**, dans un principe de subsidiarité.

*Cette subsidiarité peut notamment être observée dans le rôle d'accompagnement occupé par les délégations départementales, rôle régulièrement souligné dans le cadre du déploiement des CPTS ou bien des PTSM. Dans ce dernier cas, un appui mutuel et une relation de confiance étaient décrits entre les coordinatrices des PTSM et les délégations territoriales, nourris par des échanges fluides, favorisant la cohérence des orientations prises au sein des projets.*

Au-delà d'une adaptation locale, l'ARS assure **un rôle d'accompagnement des projets émergeant du terrain et de co-construction avec les acteurs**, pour définir en commun les modalités de formalisation et de mise en œuvre appropriées de ces projets. À travers les résultats des monographies, la mise en œuvre du PRS ne s'observe donc pas uniquement sous l'angle d'une politique déclinée sur les territoires, mais comme un mouvement ascendant, partant du local.

*Les territoires-projets des CPTS sont par exemple définis grâce à la co-construction entre porteurs et partenaires institutionnels, en particulier les délégations départementales et la CPAM. Cette approche commune, qui prend la forme de temps d'échanges à l'initiative ou à la demande des uns et des autres, pendant l'élaboration du projet où lors de sa validation, permet de prendre en compte de façon croisée les dynamiques de collaborations professionnelles, les flux de patientèle, les besoins identifiés via les diagnostics de territoires et les objectifs de couverture régionale. Le dispositif eTICSS permet, lui, de renforcer des projets émanant du terrain, s'appuyant sur des dynamiques de collaboration existantes, inscrits dans la continuité de travaux préalablement engagés. Parmi les projets outillés par le dispositif, EMNO et RP Diabète, en particulier, sont issus d'une impulsion de professionnels, que vient soutenir l'ARS avec un objectif ensuite de généralisation sur la région. Le PASS, enfin, découle d'une réflexion entre le RSS et des professionnels franc-comtois : le portage du projet a permis sa mise en œuvre à l'échelle de la nouvelle région.*

Ainsi, afin de parvenir à la construction de cet équilibre, la mise en œuvre des dispositifs du PRS **implique préalablement de choisir la bonne échelle de déploiement pour la bonne fonction** visée.

*Les résultats de la monographie portant sur les CPTS soulignent par exemple l'importance du choix du territoire d'implantation de ces organisations pour permettre, du fait de leur rôle de structuration territoriale, un décloisonnement des acteurs des différents champs impliqués dans*

*les projets (premiers et second recours, sanitaire, médico-sociale, sociale, élus). L'intérêt d'un travail à l'échelle départementale s'observe, d'autre part, en ce qui concerne la mise en œuvre et la gouvernance des PTSM : c'est ainsi qu'un travail en transversalité est rendu possible, mobilisant une diversité d'acteurs (professionnels de santé, acteurs associatifs, institutionnels, représentants des usagers...), pour une approche complète des enjeux de la santé mentale dans les territoires.*

Ce choix doit aussi permettre de **favoriser la complémentarité des dispositifs** déployés à différentes échelles.

*Selon les acteurs rencontrés dans le cadre de la monographie, le positionnement des CPTS leur permet d'exercer leurs missions en complémentarité d'autres structures déployées dans les territoires, telles que les MSP ou bien les DAC.*

D'autre part, l'adaptation du cadre commun aux besoins locaux passe aussi, bien souvent, par **l'appui sur des relais locaux**, dont les travaux menés dans le cadre des monographies ont toutefois révélé l'importance et l'implication variable, selon les dispositifs.

*Il est ainsi possible de noter, dans le cas de l'EPP, que les deux réseaux périnataux, se sont impliqués dans des temporalités et selon une intensité différente dans son déploiement. Les organisations représentant les professionnels de santé libéraux ont quant à elles été peu impliquées dans ce déploiement.*

Enfin, les travaux menés montrent l'intérêt, dans le cadre de l'articulation entre logique régionale et logique locale, de **la mobilisation de dynamiques interterritoriales**. Grâce à une animation dédiée, ces dynamiques favorisent le partage et la capitalisation de l'expérience issue des territoires.

*Ainsi, les monographies ont permis de mettre en lumière l'aspect facilitant des rencontres et échanges organisés entre équipes en charge des LHSS, l'intérêt perçu par les coordinatrices de PTSM des rencontres organisées périodiquement entre elles par l'ARS, ou encore l'apport des communications entre porteurs de projets de CPTS pour identifier les besoins partagés entre leurs territoires et susciter des échanges de pratiques voire d'outils.*

### **Entre adaptation aux spécificités des territoires et dépassement des particularismes**

Dans un deuxième temps, l'articulation entre les différentes échelles de déploiement (nationale, régionale, locale) doit également s'accompagner de la recherche d'**un équilibre entre adaptation aux spécificités territoriales et nécessaire dépassement des particularismes**. L'adhésion des acteurs aux dispositifs déployés n'est souvent possible qu'en leur laissant les marges de manœuvre nécessaires.

*C'était notamment le cas dans le cadre des TSU, avant la réforme de 2022, en matière de qualification des motifs d'interventions (effectuée en fonction de critères propres aux territoires), de sectorisation ou de moyens mobilisés (selon les besoins et ressources identifiés des territoires).*

L'adaptation aux spécificités locales ne doit cependant pas limiter la vocation des dispositifs mis en œuvre à concourir à l'égalité d'accès aux services entre les territoires.

*Ainsi, dans le cadre du processus d'élaboration du projet de santé des CPTS, l'ARS s'assure-t-elle que l'identification des axes thématiques prioritaires pour l'élaboration du plan d'actions réponde non seulement aux appétences des professionnels et aux éventuelles spécificités locales mises en exergue, mais aussi aux grandes priorités de santé publique constituant des enjeux pour toute la population.*

### 13.3.2 Une structuration territoriale progressive et variable

Selon les travaux réalisés dans le cadre des monographies, le processus de structuration territoriale de la mise en œuvre des dispositifs se fait de manière progressive et variée selon les dispositifs et surtout selon les territoires. En effet, bien que cette structuration soit impulsée par un cadre stratégique commun, elle est **particulièrement influencée par des facteurs déterminants qui sont eux-mêmes territorialisés**.

*Parmi eux, figurent par exemple le niveau de disponibilité des professionnels (manque de professionnels formés à l'APA sur certains territoires, pointé dans le cadre de la monographie sur le RSS), l'historique des anciennes régions en matière de structuration des dispositifs (RSS d'abord développé en Franche-Comté, plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale préalables aux PTSM en Franche-Comté) ou encore les dynamiques préexistantes entre acteurs (liens entre professionnels facilitant le recours aux EMG, réseaux de périnatalité qui opèrent selon des logiques d'implication différentes dans le déploiement de l'EPP). Concernant les TSU, la Nièvre se démarque des autres territoires par son niveau d'avancement pour l'amélioration de la réponse aux urgences préhospitalières, car le département a fait l'objet de plusieurs expérimentations en ce sens. Enfin, la structuration territoriale du déploiement des dispositifs dans le cadre du PRS dépend également fortement des caractéristiques locales et notamment de la densité des territoires : elle peut être affectée par l'offre disponible comme la répartition de la population (offre d'établissement proposant l'inclusion scolaire).*

Ainsi, la structuration territoriale observée dans la mise en œuvre des différents dispositifs étudiés permet de souligner plusieurs enjeux. D'abord, **les objectifs de couverture du territoire** (déploiement des EMG et des CPTS), **d'harmonisation et de renforcement de l'équité dans l'offre de soin** (PTSM, réponse à l'ensemble des demandes en TSU) **se heurtent parfois à la réalité du terrain**, dont les caractéristiques peuvent limiter l'atteinte.

*Dans le cas du RSS, la densité plus faible d'offre d'APA dans les territoires ruraux ne permet pas une couverture et une harmonisation du déploiement du dispositif sur l'ensemble du territoire régional.*

Ensuite, le **rôle d'intégrateur territorial** des CPTS et des PTSM – c'est-à-dire la capacité de ces organisations à favoriser la coordination des acteurs et la mise en cohérence des projets à échelle territoriale – bien que situé au principe même de ces dispositifs, **reste à ce jour encore limité**.

*Dans le cas des CPTS, une prépondérance des professionnels de ville dans le portage des projets est constatée, ainsi qu'une représentation limitée des acteurs du social et du médicosocial, ne permettant pas encore de susciter de fortes dynamiques intersectorielles.*

En parallèle, **l'investissement des hôpitaux dans les missions extrahospitalières reste variable**.

*Ce contexte peut par exemple ralentir la structuration d'un véritable réseau territorial d'acteurs sur la thématique de l'expertise gériatrique, dans le cadre du déploiement des EMG.*

Rappelons toutefois le déploiement récent de ces types de dispositifs (CPTS, PTSM et missions extrahospitalières des EMG), alors qu'ils reposent sur des processus de long terme impliquant la construction de réseaux d'acteurs : le recul est aujourd'hui trop limité pour juger de leurs résultats.

Enfin, la structuration territoriale nécessite **un travail indispensable d'articulation entre les acteurs, qui demande des ressources, du temps et des outils**, dont la mise à disposition doit être facilitée, ou la recherche par les professionnels appuyée.

*C'est notamment le cas dans les efforts nécessaires au déploiement extrahospitalier des EMG, rendu difficiles par le manque de temps des professionnels mobilisés sur leurs missions*



*cliniques. Le RSS, lui, pourrait se voir confronté à des ressources limitées dans sa mission de développement de l'offre d'APA. Dans le cas des CPTS, la forte mobilisation des coordinateurs pourrait représenter une limite sur le moyen ou le long terme, en raison de la fatigue professionnelle qu'elle entraîne. Pour les hôpitaux devant s'articuler avec plusieurs CPTS positionnées sur leur bassin de recrutement, on note la difficulté présentée par le manque de ressources dédiées.*

## 13.4 Autres freins et leviers

L'analyse transversale des résultats des monographies par dispositif a permis de souligner d'autres freins et leviers à la mise en œuvre du PRS, ici rassemblés en 4 catégories : les acteurs, les structures, les processus et les outils.

### 13.4.1 Les acteurs

Les travaux mettent d'abord en lumière des **difficultés possibles d'implication des acteurs** dans les territoires, liées principalement à **la démographie et à la disponibilité limitée des professionnels de santé**, même si la limitation des ressources mobilisables peut prendre plusieurs formes.

*Dans le cas des TSU par exemple, le déficit de moyens disponibles pour assurer ces missions est principalement attribué à un manque d'attractivité au sein des sociétés d'ambulances.*

Toutefois, ces difficultés pourraient être levées par des **leviers prometteurs**.

*La réforme nationale des TSU parue en avril 2022 prévoit une augmentation de la tarification des missions TSU. L'implication des IDE dans l'orientation vers l'APA, ou encore par le déploiement progressif des IPA au sein des EMG peuvent favoriser le bon fonctionnement de ces dispositifs.*

Par ailleurs, **la crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19 a également pu avoir un effet sur le niveau d'implication des acteurs**, dans le déploiement de certains dispositifs.

*D'un côté, la gestion de la crise sanitaire a constitué un accélérateur de la mobilisation des professionnels autour de projets communs, favorable à la construction de collaborations pluriprofessionnelles territoriales. Cette mobilisation a notamment abouti à l'intégration de la gestion de crises sanitaires dans les missions socles des CPTS. Toutefois, selon les données recueillies auprès des acteurs, la crise sanitaire a aussi été à l'origine de retards dans l'élaboration et le déploiement d'actions, et a contribué à générer une fatigue professionnelle, limitante pour l'implication des professionnels dans les projets.*

Au regard de certains projets étudiés, reposant sur des travaux de coordination, la conception de projets communs ou l'organisation de parcours, **la mise en place de moyens humains et de compétences spécifiques**, tels que des coordinateurs/coordinatrices de CPTS et PTSM, s'avère souvent indispensable. En contrepartie, une certaine dépendance à l'action de ces personnes peut être constatée, accentuée par leur forte mobilisation ou encore le faible nombre d'acteurs impliqués. Cette dépendance a un impact tant sur l'élaboration et le déploiement des actions que sur leur suivi, posant ainsi la question de l'organisation et de la diffusion de la formation de ces professionnels.

Par ailleurs, les travaux soulignent également la **rareté de certaines expertises professionnelles dans les territoires**. Cette rareté, source de freins à l'accès aux soins et à une prise en charge, confirme l'intérêt de dispositifs d'appui ou mobiles. Ceux-ci sont néanmoins confrontés à leurs propres enjeux de mise en œuvre : dimensionnement au regard des besoins identifiés sur le territoire, modalités et périmètre de déploiement.

*On pense ici notamment aux pôles d'accompagnement scolaire et aux équipes mobiles d'appui à la scolarisation pour l'inclusion scolaire, ou encore aux EMG.*

Enfin, bien que la mobilisation des usagers en tant qu'acteurs à part entière soit prévue dans la conception de certains dispositifs, afin de permettre leur participation à la définition d'actions déployées à l'échelle territoriale, celle-ci demeure partielle ou encore peu concrétisée dans les faits. Si la mobilisation directe d'usagers peut s'avérer complexe au sein de groupes de travail dédiés, la mobilisation d'**acteurs relais** tels que les associations d'usagers peut être l'un des leviers mobilisables pour favoriser la conception et le déploiement d'actions qui prennent en compte les attentes et la perception des usagers quant aux besoins du territoire.

*L'implication des usagers est notamment prévue dans la gouvernance des PTSM et des CPTS.*

### 13.4.2 Les structures

La collecte de données de terrain, dans le cadre de l'étude des dispositifs, permet de rendre compte de **cloisonnements persistants entre différents champs de la santé dans les territoires** et en particulier entre la ville et l'hôpital ou entre le champ sanitaire et le champ social.

*Ces cloisonnements sont saillants, notamment dans le suivi périnatal, caractérisé par une forte segmentation entre les différents acteurs et structures qui interviennent dans la prise en charge. Ils apparaissent aussi dans le déploiement des EMG en secteur extrahospitalier et freinent l'articulation entre acteurs dans les PTSM, au détriment de la logique de parcours souhaitée dans la prise en charge des patients. Ce maintien de cloisonnements peut être imputé à des facteurs structurels comme un tropisme hospitalier constaté dans le portage des EMG par les centres hospitaliers, ou dans le déploiement de l'EPP par les réseaux de périnatalité.*

**Des évolutions sont néanmoins constatées**, grâce à des leviers actionnés dans le cadre du déploiement des dispositifs. Parmi eux, le développement de l'interconnaissance et la construction d'une culture commune peut être déterminants dans le dépassement des cloisonnements existants, et peuvent initier une dynamique de travail en réseau, comme dans le cadre de l'EPP et des PTSM, par exemple.

### 13.4.3 Les processus

La mise en œuvre des différents dispositifs étudiés dans le cadre de l'évaluation reflète plusieurs modalités de déploiement s'offrant à l'ARS, allant **de l'affirmation d'un choix régional à la déclinaison de politiques nationales**.

La mise en place d'un dispositif novateur tel que le RSS, pour soutenir le développement du sport sur ordonnance à la suite de son inscription dans la loi, est la manifestation d'un choix régional.

*Son déploiement a nécessité la structuration d'un véritable réseau, avec des résultats en termes d'engagement des structures, de sensibilisation des prescripteurs et de nombre croissant de bénéficiaires, accélérés et amplifiés à la suite du rassemblement de la Bourgogne et la Franche-Comté.*

L'avance prise par la région dans ce domaine se traduit toutefois, aujourd'hui, par la nécessité de s'adapter à la généralisation secondaire d'une organisation partagée à l'échelle nationale.

*Une articulation entre réseaux sport santé et maisons sport santé (MSS) devra ainsi être renforcée pour éviter les redondances entre les deux dispositifs.*

Les choix régionaux de l'ARS se sont par ailleurs concrétisés dans **l'activation du levier expérimental**, affirmant ainsi son rôle d'initiatrice.

*Ce rôle a été prégnant dans la réorganisation des TSU en amont de la réforme nationale de 2022, anticipant de ce fait le nouveau cadre de régulation dans les territoires, au premier rang desquels, la Nièvre.*

Tout en mettant en œuvre une politique commune à l'ensemble des régions, l'ARS peut aussi faire le **choix de modalités de mise en œuvre propres**, autour d'objectifs spécifiques. De tels choix peuvent constituer de véritables catalyseurs dans l'aboutissement des projets.

*Dans le cadre de l'EPP, par exemple, la stratégie de développement et d'harmonisation des pratiques adoptée a misé sur la constitution de groupes de travail et la réalisation de formations pluriprofessionnelles mixant les profils et secteurs d'activité. Un outil commun soutenant une approche globale de la santé a été choisi. Ces choix ont vraisemblablement contribué à créer une dynamique favorable.*

En ce qui concerne la **déclinaison de politiques nationales**, l'ARS joue un rôle clé dans la **mobilisation des acteurs** ainsi que dans la **pertinence des modalités de mise en œuvre des dispositifs**.

*Ainsi, dans le cadre du déploiement des LHSS, l'ARS a pu identifier les structures porteuses et contribuer à l'animation du réseau régional. Elle a également apporté son appui dans l'animation de l'élaboration des PTSM et s'est par ailleurs assurée de la pertinence des projets de CPTS dans le cadre des processus de validation de leur territoire.*

Des **objectifs de mise en œuvre** rationnels, à dimensions qualitative et quantitative, sont néanmoins nécessaires pour favoriser l'adhésion des parties prenantes.

*Des réserves ont été exprimées à ce sujet concernant le développement de l'inclusion scolaire. L'objectif de 80 % de scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents accompagnés en établissements et services médicosociaux en 2023 a semblé difficilement atteignable, et ne devant pas être recherché au prix d'une qualité d'accueil inférieure.*

En ce qui concerne les différentes modalités de mise en œuvre des dispositifs mobilisables par l'ARS, les résultats des monographies mettent aussi en lumière les **différents « métiers » possibles de l'agence**.

L'ARS peut, d'abord, agir **en prise directe**, grâce à des moyens dédiés, internes ou externes.

*Elle peut agir sur la structuration et la transformation de l'offre, ou sur le développement de partenariats fonctionnels, comme c'est le cas en matière de déploiement des EMG, des LHSS ou de dispositifs de soutien à l'inclusion scolaire. Elle peut s'assurer du suivi d'une méthode définie et structurée de construction collective et partenariale de projets – du diagnostic partagé au plan d'action – comme c'est le cas dans le cadre des PTSM. L'ARS dispose de la possibilité de confier le pilotage opérationnel d'un dispositif à une structure régionale ad hoc, répondant à un cahier des charges et intégrant les différentes fonctions à mettre en œuvre : c'est le cas du RSS, dont les missions incluent la labellisation des structures, l'organisation de l'offre et l'accompagnement des usagers. Enfin, elle contribue à outiller les processus et les parcours, par le projet eTICSS notamment, et appuie ainsi l'élaboration et la structuration de ces processus.*

L'action de l'ARS peut aussi reposer sur **l'incitation et la mobilisation des acteurs**.

*L'incitation peut passer par le soutien financier, parfois jugé indispensable mais insuffisant pour susciter des dynamiques pertinentes, comme dans le cas des CPTS. La mobilisation passe aussi largement par un travail d'information, d'accompagnement, d'appui méthodologique auprès des acteurs, qui exige des compétences spécifiques telles que la pédagogie et le sens du dialogue. Dans le cas des CPTS, les difficultés dans l'appropriation des cadres de*

*formalisation des projets constatées parmi les acteurs de terrain soulignent la nécessité de renouveler cet appui au-delà de la phase de lancement, à chaque phase ultérieure correspondant ses besoins spécifiques, à anticiper. Dans le cas des EMG, un tel appui pourrait faciliter la définition d'une stratégie de déploiement de leur action auprès des acteurs de ville, encore peu structurée à ce jour. Ce rôle de mobilisation, enfin, peut être confié à des relais préexistants, se montrant parfois d'efficacité variable : des difficultés à toucher certains professionnels étaient ainsi constatées dans le cadre du déploiement de l'EPP, malgré l'implication des réseaux périnataux et des URPS dans la diffusion de la formation auprès des acteurs.*

D'autres modes d'action de l'ARS ont un **caractère transversal**, ils portent notamment sur :

- **L'articulation intra et interinstitutionnelle ;**

*La mise en place des CPTS et le déploiement de leur projet bénéficient par exemple d'un accompagnement et d'un suivi réalisé conjointement par l'ARS et la CPAM.*

- **L'articulation entre différents dispositifs ;**

*Celle-ci apparaît nécessaire, dans les travaux réalisés, entre les EMG et les autres équipes mobiles, le DAC et l'HAD, ou entre les CPTS, les PTSM et les autres démarches territoriales.*

Enfin, l'analyse des monographies souligne **la capitalisation possible à partir des coopérations préexistantes**, dans la mise en œuvre de certains dispositifs, notamment au niveau local.

*En ce qui concerne les CPTS, la prépondérance des acteurs déjà impliqués dans des dynamiques d'exercice coordonné préalables était notable dans le portage des projets étudiés. Cette prépondérance est liée à une acculturation à l'exercice coordonné, mais aussi à l'appropriation des processus de formalisation d'un projet, en lien avec les partenaires institutionnels, et en réponse à un cahier des charges précis.*

#### 13.4.4 Les outils

Le déploiement d'outils facilitant ou structurant l'action des professionnels constitue un **appui dans le déploiement des dispositifs**.

*C'est notamment le cas des projets intégrés de façon fructueuse dans la plateforme eTICSS (cf. priorités « prévention » et « parcours ») ou le cas de la dématérialisation de l'attribution des missions TSU dans certains départements.*

Ce déploiement est cependant confronté à des freins et difficultés tels que les **délais d'appropriation et d'opérationnalisation** qui sont mis en lumière par les échanges avec les acteurs de terrain.

*L'absence de système d'information identifié et partagé entre professionnels et structures dans les projets de CPTS étudiés étaient ainsi soulignée. Au sein des EMG, l'appropriation des fonctions de coordination d'eTICSS se limitait à l'une d'entre elles.*

Bien qu'utilisés et appropriés par les professionnels individuellement, certains outils peuvent avoir un effet limité dans leur contribution à la coordination et à la mise en réseau des acteurs, en particulier s'ils se heurtent aux **cloisonnements persistants** du système de santé et aux **limites d'interopérabilité**.

*Bien qu'un outil commun pour la réalisation de l'EPP ait été adopté, le partage des résultats de chaque entretien réalisé, formalisés sous la forme d'un compte-rendu, reste difficile entre les différents acteurs susceptibles d'être impliqués dans l'accompagnement du parcours périnatal (sage-femmes libérales, professionnels de maternité, équipes de PMI...), leurs systèmes d'information restant à ce jour très cloisonnés.*

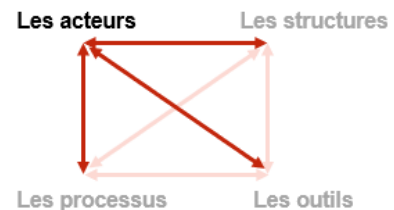
## 13.5 Recommandations

### 13.5.1 Priorité « prévention »

#### Les acteurs comme levier déterminant

L'analyse transversale des résultats des monographies met en lumière le rôle central des acteurs comme levier à activer pour renforcer la mise en œuvre du PRS sur l'axe « prévention ». La mobilisation des acteurs peut ainsi passer les actions suivantes :

- ⇒ **Évaluer les conditions d'action réelles et perçues des acteurs**
  - Pour les professionnels de santé en particulier, en amont de la mise en œuvre des dispositifs, il s'agit de prendre en compte l'intérêt qu'ils témoignent pour l'action, leur niveau de disponibilité face à la demande reçue, ou encore la place pouvant être prise par les actions prévues dans la hiérarchie de leurs priorités.
- ⇒ **Poursuivre l'accompagnement du développement des compétences**
  - Un tel accompagnement peut avoir pour vocation de favoriser la prise de conscience par les acteurs du rôle préventif qu'ils peuvent jouer, d'acquérir un savoir-faire ou encore de développer un savoir-être : se décentrer de sa position habituelle, changer de posture, adopter une nouvelle logique d'action.
- ⇒ **S'appuyer aussi**
  - Sur d'autres professionnels de santé que les médecins, en veillant à la cohérence des discours
  - Sur d'autres relais que les professionnels de santé : relais institutionnels, porteurs d'actions communautaires de santé...
- ⇒ **Renforcer les ponts et relais entre prévention médicalisée et universelle**
  - Encourager l'articulation de dispositifs tels que les CPTS et les CLS, le lien entre acteurs tels que les professionnels de santé et les opérateurs de prévention associatifs.

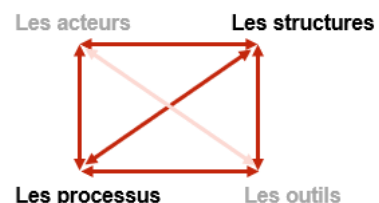


### 13.5.2 Priorité « parcours »

#### Structures et processus : des leviers majeurs

En ce qui concerne la priorité « parcours », les leviers liés aux structures et aux processus peuvent être mobilisés dans le cadre des actions suivantes :

- ⇒ **Prendre en compte les enjeux institutionnels**
  - Le contexte multilatéral de développement des parcours implique de reconnaître les logiques propres aux organisations impliquées, de rechercher des équilibres pour créer les conditions de mise en place d'une approche partenariale, et d'identifier les articulations possibles
- ⇒ **Veiller à la pertinence de l'ingénierie de projet**



- Dans le but d'accompagner les dépassements à opérer : habitudes, périmètres d'intervention...
- De construire la convergence des objectifs entre les parties prenantes : évaluer la faisabilité en amont, apporter une vision, définir les rôles respectifs, clarifier les attendus, accompagner la mise en œuvre
- D'anticiper et répondre aux risques de blocage (étapes clés) et effets imprévus (reports, nouveaux besoins)

⇒ **Investir dans des rôles de coordination adaptés**

- En s'attachant aux compétences nécessaires, à la légitimité à donner aux acteurs portant ces rôles, en veillant aux conditions de pérennisation de leurs fonctions

⇒ **Construire l'articulation des différentes coordinations se mettant en place**

- Compte tenu des risques de confusion sur le terrain, donner une lisibilité d'ensemble en identifiant les acteurs de la coordination, leurs missions, et en structurant les circuits de l'information (dont les guichets pour les professionnels de 1<sup>er</sup> recours) ainsi que les articulations, dans une logique de territorialisation (zones de couverture identifiées)

En complément, le travail réalisé autour de la définition et de la mise en place d'outils adaptés à chaque parcours constitue ici un levier supplémentaire venant soutenir les processus de mise en œuvre.

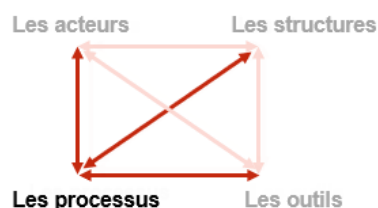
⇒ **Poursuivre l'outillage des parcours déployés, notamment grâce à eTICSS**

- Intégrer le déploiement des outils à la mise en œuvre des parcours, dès leur conception et en associant les acteurs impliqués, de façon à soutenir leur formalisation, leur structuration et leur opérationnalisation

### 13.5.3 Priorité « territorialisation »

#### Des processus multiples à mettre en cohérence

En matière de territorialisation, l'analyse transversale souligne la multiplicité des processus à l'œuvre dans le cadre du PRS, dont la mise en cohérence est à favoriser par les leviers suivants :



⇒ **Poursuivre le soutien des logiques d'intégration amorcées, constituant un investissement à moyen-long terme dans la structuration des territoires**

- Pour les organisations telles que les CPTS et PTSM, accompagner la mise en œuvre de leurs actions, soutenir les missions qui constituent des sources de légitimité pour elles auprès des acteurs et pourront permettre de rééquilibrer la représentation de leurs composantes sectorielles et professionnelles
- Développer les leviers de mobilisation des hôpitaux sur leurs territoires, tout en tenant compte des limites auxquelles ils sont confrontés dans leurs capacités actuelles

⇒ **Poursuivre le travail de co-construction avec les acteurs**

- Prolonger les efforts entrepris dans la proximité des territoires pour donner une impulsion et accompagner les projets émergeant à l'initiative des acteurs
- Continuer de s'appuyer sur le travail effectué par les délégations départementales pour accompagner ces processus au plus près des acteurs

- ⇒ **Soutenir les échanges de pratiques entre acteurs en misant notamment sur la complémentarité des différents niveaux d'action**
  - Encourager les dynamiques de travail en réseau, de partage d'expérience et de mutualisation des efforts avec les acteurs accompagnés
  - Dans le cadre du pilotage des projets, encourager régulièrement la montée ou la descente d'un niveau, grâce à des travaux régionaux ou interterritoriaux, pour regagner en vision transversale et capitaliser sur l'expérience
- ⇒ **Porter une attention aux découpages non superposés et soutenir les acteurs à cheval qui doivent redoubler d'efforts d'articulation**

#### 13.5.4 Recommandations transversales

De manière transversale à l'ensemble de la mise en œuvre du PRS, les préconisations suivantes peuvent également être envisagées :

- ⇒ **Poursuivre la mobilisation de la diversité des cadres d'action régionale et des modalités de mise en œuvre, selon une démarche stratégique, par projet et de manière globale à l'échelle du PRS pour :**
  - Identifier les opportunités et les risques propres à chaque axe : avancées antérieures, adhésion des acteurs, forces en présence, relais mobilisables, échelles concernées...
  - Déterminer les forces susceptibles d'être engagées par l'ARS et ses partenaires
  - Définir les priorités fixées
- ⇒ **Valoriser et soutenir le rôle d'accompagnement : par l'ARS, par les relais tels que les CPTS, les partenaires**
  - Prendre en compte les besoins d'accompagnement qui se généralisent, pour pouvoir introduire de nouvelles démarches sans abandonner les précédentes, dans une dynamique de passage à l'échelle et selon les objectifs de couverture territoriale
  - Identifier et répondre aux différents besoins d'accompagnement manifestés par les acteurs : diffusion d'information, aide à la formalisation (logique projet), appui méthodologique (ingénierie), construction et diffusion d'outils
  - Renforcer la pérennité des projets en soutenant la mobilisation et le développement des compétences des acteurs impliqués dans les projets, notamment par la formation
- ⇒ **Pallier la disponibilité limitée de certains professionnels en s'appuyant sur les complémentarités de compétences existantes**
  - Investir dans les gisements d'initiatives reposant sur une meilleure interconnaissance autour d'un objectif commun (organisations, parcours, projets...)
  - S'appuyer sur les nouveaux rôles, les opportunités d'action propres à chaque profession (ex. : venue au domicile des IDE, rôle de conseil des pharmaciens)
  - Diffuser et généraliser par les outils les expertises, permettant ainsi une homogénéité des prises en charge sur le territoire

- ⇒ **Maintenir la cohérence stratégique mise à mal par les temporalités multiples des projets et acteurs**
- Prendre en compte les temps d'appropriation des démarches, leur construction par étapes successives et les délais de production des effets
  - Construire une vision partagée, donner de la lisibilité aux objectifs de moyen-long terme et aux choix faits pour les atteindre



# 14. Annexes

---

## 14.1 PASS

### 14.1.1 Éléments de contexte

Selon l'OMS, la sédentarité constitue la quatrième cause principale de décès prématurés au monde, notamment du fait de l'accroissement du risque d'apparition de maladies chroniques qu'elle entraîne. L'Anses a défini la sédentarité comme « une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la position de repos en position assise ou allongée ». Une part conséquente (80% en 2017) de la population française présente un niveau de sédentarité important.

Parmi les risques engendrés par l'inactivité physique, plusieurs maladies connaissent une situation défavorable en Bourgogne-Franche-Comté (BFC). Ainsi, en moyenne sur la période 2013-2017 les maladies cardio-neuro-vasculaires ont provoqué près de 7 300 décès chaque année dans la région ; avec 20,7 décès pour 10 000 habitants, la BFC est en surmortalité par maladies cardio-vasculaires par rapport à la France métropolitaine (19,8/10 000), tant chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, la région connaît également une progression du nombre de décès causés par le diabète. En 2016, le surpoids concernait 28,7 % des adultes dans la région et la prévalence de l'obésité était supérieure à celle du niveau national (+2,4 points).

Lancé en 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) repose sur le constat que la nutrition est un facteur majeur de protection pour chaque individu et permet d'éviter l'exposition à des facteurs de risque. L'activité physique a par ailleurs été reconnue comme « pratique thérapeutique non médicamenteuse » par la Haute Autorité de Santé. Dans ces conditions, la sensibilisation, la promotion de la santé et du bien-être par la pratique d'une activité physique et sportive (APS) ou d'une activité physique adaptée (APA) constituent des enjeux clés de prévention primaire et universelle. En 2016, la loi de modernisation du système de santé instaure le « sport sur ordonnance ». L'appui sur le « sport santé », via des professionnels de l'activité physique adaptée ou des éducateurs sportifs formés (selon les niveaux de vulnérabilité des publics), tend à devenir un axe majeur de la prise en charge des pathologies chroniques (prévention secondaire et tertiaire).

Éléments clés de loi du 26 janvier 2016 « Sport sur ordonnance » et l'APA

Le dispositif « Sport sur ordonnance » est prévu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. L'article L. 1172-1 du Code de la santé publique précise que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».

Un décret en date du 30 décembre 2016 (entré en vigueur le 1er mars 2017) précise les contours de ce dispositif en décrivant l'activité physique adaptée (APA) : « La dispensation d'une activité physique adaptée (APA) a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liés à l'affection chronique ou transitoire dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent des activités physiques et sportives (APS) et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences respectives. »

## 14.1.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
<b>Résultats obtenus</b>	Comment le PASS est-il mobilisé / utilisé par les acteurs dans les différents territoires ? Dans quelle mesure le mobilisent-ils ? Quels sont les facteurs facilitants ou les difficultés rencontrés ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des acteurs mobilisés dans le PASS et des modalités d'organisation du RSS et du PASS en BFC</li> <li>- Description du processus de prescription et d'inscription dans le PASS par les acteurs (prescripteurs et partenaires de l'offre), difficultés rencontrées, leviers identifiés dans la prescription de l'APA</li> <li>- Données sur les prescripteurs (nombre, type d'acteurs, répartition sur le territoire)</li> <li>- Offre PASS par territoire et nombre de bénéficiaires</li> </ul>
	Qui sont les utilisateurs du PASS ? Ce public est-il en adéquation avec le public ciblé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description du profil des personnes utilisant le PASS (âge, pathologies)</li> <li>- Perceptions des acteurs de l'offre sur l'adéquation entre les utilisateurs et le public ciblé</li> </ul>
	Dans quelle mesure le PASS a permis d'inscrire une pratique d'activité physique dans le temps pour les adultes ? Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? Quelle est la valeur ajoutée du dispositif pour les bénéficiaires ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de bénéficiaires du PASS sur le territoire</li> <li>- Nombre d'anciens usagers du PASS pratiquant une activité physique</li> <li>- Perception des bénéficiaires sur l'offre du PASS</li> <li>- Description des parcours des bénéficiaires, difficultés rencontrées, leviers identifiés pour la continuité de l'activité physique</li> </ul>
	En quoi l'offre PASS est-elle complémentaire et s'articule-t-elle de manière cohérente aux autres dispositifs de sport-santé dans le territoire (ex : maisons sport-santé, REPOPOP) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des autres offres de sport adapté en BFC</li> <li>- Nombre et type de bénéficiaires de ces offres</li> <li>- Description des synergies ou contradictions entre les différents dispositifs, perception des acteurs</li> </ul>
<b>Appropriation</b>	Les partenaires de l'ARS mobilisés pour le sport adapté/le PASS connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les objectifs du PRS vis-à-vis de l'activité physique adaptée</li> <li>- Perception des acteurs sur leur mobilisation globale pour la bonne mise en œuvre du PASS</li> </ul>

## 14.2 Inclusion scolaire

### 14.2.1 Éléments de contexte

Le PRS de Bourgogne-Franche-Comté porte l'ambition de favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap (PH) dans le respect des choix de vie de chacun. Ceci s'inscrit dans le prolongement de la circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap (démarche « *une réponse accompagnée pour tous* »). Pour cela, le PRS BFC pose l'objectif de transformation de l'offre médico-sociale au service d'une société inclusive. Pour ce qui concerne les enfants en situation de handicap, il affirme le principe d'une école pour tous et rejoint les orientations posées par la loi du 26 juillet 2019 « *pour une école de la confiance* ». Celle-ci prévoit de renforcer la scolarisation inclusive en partant du principe que l'école doit tout faire pour assurer une scolarisation adaptée aux besoins particuliers des élèves.

Pour atteindre cette ambition, l'ARS propose de travailler autour de plusieurs leviers :

- le renforcement du diagnostic et du dépistage en faveur d'une prise en charge plus précoce et donc plus efficace (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, Centre médico-psycho-pédagogique) ;
- la transformation de l'offre médico-sociale ;
- le renforcement de la coordination entre les acteurs, l'appui sur les partenaires, au premier rang desquels l'Education nationale (EN) ;
- le déploiement de différents dispositifs pour répondre à la diversité des situations et mailler l'ensemble du territoire.

Le PRS pose par ailleurs deux objectifs chiffrés concernant la transformation de l'offre médico-sociale et le renforcement de la scolarisation des enfants<sup>54</sup> :

- scolarisation à l'école de 50% des enfants accompagnés en établissements spécialisés en 2020, puis 80% en fin d'année 2022 ;
- 50% de places de services dans l'offre médico-sociale (l'ensemble des établissements doit développer une offre de prestations en milieu ordinaire).

Ces objectifs sont par ailleurs partagés par l'Education nationale comme cela a été rappelé aux recteurs d'académie dans une lettre en date du 30 mars 2018 portant sur le partenariat à constituer avec les ARS dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale.

---

<sup>54</sup> Un troisième objectif chiffré porte sur la réduction de 20% par an du nombre d'adultes maintenus en structures enfants au titre de l'amendement Creton, mais n'est pas repris ici considérant qu'il ne concerne pas le périmètre choisi pour l'évaluation.

## 14.2.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	<p>A quoi tiennent les différences de résultats entre les territoires, en particulier en matière d'établissement et de gestion des listes d'attente des MDPH ? Ces différences peuvent-elles être expliquées par des méthodes de travail différentes ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des méthodes de travail par les acteurs, difficultés rencontrées, leviers identifiés pour établir et gérer les listes d'attente</li> <li>- Perception des acteurs sur les délais d'établissement des listes et les modes de gestions, pistes d'amélioration et limites</li> <li>- Part des enfants et des jeunes en situation de handicap accompagnés en établissement médico-social scolarisés en milieu ordinaire (par territoire)</li> <li>- Part des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire dans l'offre globale médico-sociale du secteur personnes handicapées</li> </ul>
	<p>En quoi les actions mises en œuvre ont-elles permis d'apporter plus de réponses, plus personnalisées aux enfants en situation de handicap, pour la poursuite de leur parcours de scolarisation à l'école ? Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? L'offre existante permet-elle de réduire les risques de rupture dans le parcours des enfants et jeunes en situation de handicap ?</p> <p>Quels sont les besoins restant non couverts (type de handicap, sévérité du handicap, âge, territoire...) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs (institutionnels, ESMS, famille) sur les solutions apportées, sur leur personnalisation, sur les effets sur les parcours de scolarisation</li> <li>- Perception sur les difficultés et les leviers, pistes d'amélioration, bonnes pratiques et actions innovantes</li> <li>- Perception sur les situations insuffisamment couvertes et les risques de rupture</li> <li>- Nombre d'enfants en internat, accueil de jour et SESSAD 2018 / 2021 et âge</li> <li>- Nombre de jeunes suivis en CAMSP, et CMPP 2018 / 2021 et âge</li> </ul>
	<p>Comment peut-on continuer à avancer vers l'objectif de scolarisation en milieu ordinaire de enfants et adolescents accompagnés en ESMS, fixé à 80% en 2023 ? Au regard des besoins quantitatifs et qualitatifs qu'il reste à couvrir, que faut-il réactiver ou activer pour aller vers cet objectif dans 5 ans ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les solutions innovantes à inventer, sur les bonnes pratiques et les dispositifs à mettre en place</li> <li>- Perception des acteurs sur les méthodes de travail à envisager pour mieux atteindre l'objectif, les freins à lever</li> </ul>
Appropriation	<p>Les partenaires de l'ARS mobilisés pour l'inclusion scolaire (EN, MDPH, CD, OG et ESMS) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les objectifs du PRS vis-à-vis de l'inclusion scolaire, adhésion à l'objectif</li> </ul>

## 14.3 EMG

### 14.3.1 Éléments de contexte

La multiplication des situations de dépendances, des pathologies chroniques, et des parcours complexes, associée au sentiment de dépassement et d'épuisement des aidants, peut limiter la capacité à prévenir les chutes et la dénutrition des sujets âgés, qui peuvent conduire, à terme, à des hospitalisations. Ainsi, en 2018, les personnes âgées représentaient 29 % des séjours hospitaliers du secteur du court séjour<sup>55</sup>. Selon la Haute autorité de la Santé, en 2018, ce sont plus de « 30% d'hospitalisations potentiellement évitables et 18% de réadmissions non programmées à J30 » qui sont constatées. Pour favoriser un vieillissement en bonne santé, le déploiement d'outils de prévention et d'interventions précoces, tels que les équipes mobiles de gériatrie, peuvent permettre une réduction de la part des hospitalisations évitables tout en améliorant la qualité et le recours au maintien à domicile.

La seconde orientation régionale inscrite dans le Plan Régional de Santé de Bourgogne Franche-Comté est « favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun ». Le parcours personnes âgées s'inscrit dans cette démarche d'accompagnement des personnes fragiles dans leur autonomie, et dans le respect de leurs droits, et repose sur six objectifs généraux :

1. Favoriser les conditions d'un soutien à domicile de qualité
2. Adapter l'offre de prise en charge en établissement médico-social à l'augmentation de l'âge et de la dépendance à l'entrée, consécutive au renforcement du soutien à domicile
3. Structurer les filières gériatriques sur le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences
4. Lutter contre la polymédication inappropriée des personnes âgées
5. Faciliter la coordination et la coopération des acteurs, notamment dans le lien ville-hôpital, partager l'information et le travail en réseau
6. Reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire de sa prise en charge

L'équipe mobile de gériatrie et les hotlines gériatriques (numéro unique accessible à tous les professionnels hors établissement) s'inscrivent dans le 3<sup>ème</sup> objectif de ce parcours. Elles ont pour but de faciliter l'accès à l'expertise gériatrique en dehors des établissements hospitaliers, dans une démarche d'externalisation de l'expertise.

#### **Éléments clés de loi sur la création et les orientations des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG)**

La circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique réalise un état des lieux des enjeux. Elle décrit notamment les voies d'amélioration de cette filière, en insistant sur le renforcement de l'accès à des soins de proximité, le choix de filières courtes, l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée et l'importance de l'amélioration de l'articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau. C'est de cette circulaire que découlent les créations d'équipes mobiles de gériatrie.

<sup>55</sup> Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée (201+8)

Dans le cadre du plan solidarité grand âge 2007-2012, la circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, vient conforter et renforcer les dispositions prises dans la circulaire de 2002, en particulier sur la thématique des équipes mobiles « [...] il convient d'ajouter l'obligation pour la filière d'être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis gériatrique d'une équipe mobile quel que soit le service d'hospitalisation demandeur dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière mais qu'il ne comporte pas en propre de compétence gériatrique. Cette obligation doit pouvoir être mise en œuvre à toutes les phases du séjour, y compris préalablement à une hospitalisation programmée. »

L'instruction n°DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 détaille le cadre d'orientation pour l'intervention des équipes mobiles de gériatrie, en EHPAD et à domicile. Elle vise à « soutenir les agences régionales de santé et les établissements de santé dans le déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur les lieux de vie des personnes âgées ». Son déploiement a été préconisé par la mesure 28 du Ségur de la Santé qui porte sur « une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées » afin de limiter les hospitalisations évitables et les hospitalisations en urgence des personnes âgées.

Enfin l'instruction n°DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 détaille les modalités de pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs ou « hotlines », déployés pendant la crise sanitaire. Ces appuis, tenus par des médecins gériatres pour les appuis territoriaux gériatriques, sont joignables pour des réponses expertes et rapides par téléphone par l'ensemble des professionnels qui prennent en charge des personnes âgées en EHPAD, en ESMS ou bien à domicile. Les médecins ne se déplacent pas mais l'instruction précise qu'ils peuvent « mobiliser l'ensemble des ressources opérationnelles internes de la filière (services hospitaliers, équipes mobiles de gériatrie (EMG), filière d'admissions directes non programmées en gériatrie, hospitalisation à domicile (HAD) [...] et d'autres appuis sanitaires pour répondre aux besoins des EHPAD (HAD, soins palliatifs, psychiatrie de la personne âgée, infectiologie, hygiène et éthique, etc) ». En outre ces hotlines agissent en subsidiarité avec les dispositifs d'appui à la coordination pour lesquels ils représentent une source d'appui à solliciter. Enfin les hotlines sont également en lien avec les SAMU Centre-15 qui peuvent les solliciter pour une expertise.

Selon le cadre d'orientation des interventions des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées, réalisé par le ministère des solidarités et de la santé, « L'EMG intervient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou autres établissements hébergeant des personnes âgées (y compris lorsqu'il est rattaché à un établissement de santé) ou à domicile en qualité d'équipe hospitalière experte et pluridisciplinaire de second recours en prévention secondaire des décompensations de pathologies chroniques et des hospitalisations potentiellement évitables des personnes âgées et des passages par les urgences. »<sup>56</sup>

Les EMG sont pluriprofessionnelles, et proposent une démarche d'accompagnement global « somatique et psychique ». Elles sont à minima constituées d'un binôme gériatre et infirmier. Elles ont également vocation à intégrer à l'avenir, des infirmiers de pratique avancée (IPA). De plus, selon les territoires, ces équipes peuvent développer des expertises particulières, en réponse à des besoins spécifiques, notamment en neurologie ou en gérontopsychiatrie.

---

<sup>56</sup> INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées

Au-delà de leur mobilisation par les services internes à leur établissement hospitalier de référence, les EMG doivent intervenir auprès des patients, en EHPAD ou à domicile, à travers différentes prérogatives :

1. Contribuer à l'évaluation de l'état de santé des personnes âgées ;
2. Promulguer des conseils thérapeutiques, permettant entre autres d'anticiper les situations de crise ou les potentielles sources d'hospitalisation d'urgence ;
3. Contribuer au projet personnalisé de santé (en ville) ou au projet de soins (EHPAD, conjointement avec les professionnels de l'établissement concerné) ;
4. Faciliter l'accès au plateau technique hospitalier et l'orientation des patients dans la filière gériatrique via un accès direct ;
5. Participer à la sécurisation du retour à domicile post-opératoire ;
6. Proposer des solutions alternatives à l'hospitalisation avec hébergement ;
7. Faciliter le recours aux soins et aux aides ;
8. Prendre en compte la situation de l'aidant, et permettre l'orientation vers des offres (comme les plateformes de répit).

Elles ont également un rôle de soutien des différents professionnels de santé intervenant auprès des personnes âgées (apports de conseils et recommandations permettant le maintien à domicile, avis extérieur). Elles permettent le développement d'échanges autour des pratiques, la formation et la sensibilisation des professionnels de santé du territoire sur certaines problématiques.

Enfin, les EMG interviennent auprès des aidants et des familles, en cas d'avis divergents concernant les décisions à prendre pour une bonne prise en charge, en tant que partie extérieure. En revanche, elles n'ont pas vocation à se substituer aux équipes de prises en charge (de premier ou de second recours) ni à compenser l'absence de médecins traitants ou coordonnateurs. Elles ne sont pas non plus des équipes d'intervention d'urgence.

#### **Articulation des EMG avec d'autres dispositifs et structures existantes sur le territoire**

Les interventions des EMG s'articulent avec d'autres structures comme les Communautés Professionnelles de Territoires de Santé (CPTS), les structures d'exercice coordonné, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), ou encore les équipes mobiles de psychiatrie et géro-psycho-psychologiques (partenariat entre les différentes filières gériatriques).

De plus, dans le cadre des interventions extrahospitalières, les EMG s'articulent également avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) qui font appel l'un à l'autre, en particulier en cas de situations complexes.

Les équipes mobiles de gériatrie dans leurs interventions externes, s'adressent principalement à deux publics :

1. Les résidents en EHPAD, majoritairement les personnes ayant des troubles psycho-comportementaux, des décompensations à répétition, ou des personnes nécessitant le concours d'un avis tiers ;
2. Les personnes âgées à domicile signalées par le médecin traitant ou le DAC qui présentent des situations complexes avec « *intrication de problématiques somatiques, psychiques, neurocognitives et sociales qui nécessitent une approche globale* »

Elles peuvent également être amenées à intervenir dans d'autres établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées en situation complexe ou de handicap, comme les foyers médicalisés.

Après élaboration et signature d'une convention pour les EHPAD, la sollicitation de l'EMG se fait par voie téléphonique ou par mail par les EHPAD, le DAC, ou par le médecin traitant. L'EMG évalue la pertinence de son intervention. Ce recours téléphonique peut suffire à apporter une réponse au médecin traitant des personnes âgées en EHPAD ou à domicile ou au médecin coordonnateur de l'EHPAD et permettre d'anticiper les crises ou d'organiser une hospitalisation. Si l'intervention de l'EMG est validée, alors le processus d'intervention est enclenché :

1. Concertation entre l'EMG et le médecin traitant (domicile) ou le médecin/infirmier coordonnateur (EHPAD) en amont de l'intervention requise, pour préparer et organiser les interventions
2. Préparation de l'intervention : recueil d'information sur les patients
3. Accord du médecin traitant pour visite et évaluation du résident et recueil du consentement du résident (EHPAD)
4. Restitution des conclusions et recommandations (auprès du patient ou de l'aidant/famille et du médecin traitant/coordonnateur). Dans le cas précis d'une intervention à domicile, la restitution de l'intervention inclut également une restitution des problématiques sociales rencontrée, auprès du DAC ou des professionnels intervenant au domicile.

Dans les EHPAD, des créneaux de visite réguliers sont mis en place, pour grouper les entretiens avec les résidents, et organiser des créneaux destinés à des temps d'échange entre professionnels sur les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées. Des actions d'information, de sensibilisation ou d'appui aux pratiques peuvent être menées auprès des personnels soit sur un sujet spécifique, soit en lien avec la situation de résidents (ex : formation aux troubles cognitifs). Enfin des échanges à distance, par le biais de la télémédecine, sont également rendus possibles dans certains territoires, au sein des établissements équipés.



### 14.3.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	Comment les EMG sont-elles mobilisées / utilisées par les acteurs dans les différents territoires ? Si celles-ci sont peu mobilisées, quelles en sont les raisons ? Quels sont les facteurs facilitants ou les difficultés rencontrées ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des modalités d'organisation EMG dans les territoires (ont-elles des spécificités ? ces modalités permettent-elles d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins tant intra-hospitaliers qu'extrahospitaliers ?)</li> <li>- Perception des acteurs sur la place à donner à de nouvelles professions comme les IPA au sein des EMG</li> <li>- Description du processus de sollicitation des EMG (hotline notamment) par les acteurs extrahospitaliers (difficultés rencontrées, leviers identifiés)</li> <li>- Données sur le recours aux EMG (nombre, type d'acteurs, répartition sur le territoire)</li> </ul>
	Dans quelle mesure le déploiement des EMG dans les lieux de vie permet-il de réduire le recours aux urgences et l'hospitalisations des personnes âgées et d'améliorer leur orientation dans la filière ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceptions des acteurs sur le territoire d'intervention, les missions et les moyens d'action déployés par les EMG, et leur capacité à répondre aux besoins identifiés sur le territoire</li> <li>- Perception des acteurs sur les disparités territoriales de recours aux EMG ; sur les disparités entre types d'acteurs</li> <li>- Perception des difficultés et des leviers apportés par les EMG comme alternative à l'hospitalisation des personnes âgées (expertise téléphonique, télé-médecine, déplacement sur site)</li> <li>- Perception des acteurs sur l'effet de la contractualisation avec les EMG sur la facilitation de l'accès à la filière et le repérage précoce des situations complexes</li> <li>- Description des modalités de partage d'information entre les acteurs intervenants au cours de la prise en charge</li> </ul>
	Quel niveau d'articulation entre les EMG et les autres structures d'appui et établissements de soins qui interviennent dans la filière gérontologique sur le territoire (notamment les hôpitaux de proximité et les DAC) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les modalités de rencontre, d'échange et de partage d'information avec les professionnels de ces dispositifs</li> <li>- Perception des acteurs sur les différences entre les missions et les modalités de recours à chaque dispositif</li> <li>- Perception des liens entre les EMG et les autres équipes mobiles qui peuvent intervenir (cf. équipes mobiles de gérontopsychiatrie)</li> </ul>
Appropriation	Quels sont les effets des échanges et de la formation des professionnels sur le niveau d'appropriation et de connaissance du dispositif ainsi que sur les pratiques des professionnels des ESMS, du premier recours (MT, IDE, CPTS) et des services de maintien à domicile (HAD) ? Une culture gérontologique commune a-t-elle pu émerger suite à ce déploiement ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les formations et échanges de bonnes pratiques proposées par les EMG (professionnels &amp; établissements, premier recours, professionnels du maintien à domicile.)</li> <li>- Niveau de connaissance des acteurs sur le dispositif et ses missions</li> <li>- Niveau d'appropriation et d'aisance des acteurs concernant les pratiques diffusées par les EMG</li> </ul>
	Les partenaires de l'ARS mobilisés pour le déploiement de l'expertise gérontologique connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les objectifs du PRS vis-à-vis du déploiement de l'expertise gérontologique et adhésion à l'objectif</li> </ul>

## 14.4 CPTS

### 14.4.1 Éléments de contexte

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont été créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, dans un contexte de tension croissante sur la disponibilité de l'offre de soin primaire et secondaire. Elles sont régies par les articles L1434-12 à L1434-13 du code de la santé publique, complétés par l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé et modifiés par les lois n°2021-1018 du 2 août 2021 art. 8 et n°2022-217 du 22 février 2022 art.183. Les CPTS sont des groupements de professionnels de santé qui s'organisent, de leur propre initiative, autour d'un projet de santé, pour répondre aux besoins de santé de la population sur un territoire donné. Elles s'inscrivent ainsi dans une logique de responsabilité collective auprès d'une population et d'un territoire. Selon un rapport de l'IGAS publié en 2018<sup>57</sup>, les CPTS ont vocation à « transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations » pour :

- Favoriser le maintien à domicile et les soins ambulatoires plutôt qu'en établissement
- Adapter la prise en charge dans un contexte de chronicisation des pathologies
- Libérer du temps médical et renforcer l'attractivité des professions médicales exercées en ville

Pour faciliter la mise en œuvre de leurs actions et appuyer leur fonctionnement, les CPTS sont dotées de moyens financiers, versés par l'Assurance Maladie à la suite de la signature d'un accord conventionnel interprofessionnel paru au journal officiel le 24 août 2019. Celui-ci a fait l'objet de deux avenants, l'un publié le 03 janvier 2021 au journal officiel et l'autre signé avec les représentants des syndicats représentatifs de l'ensemble des professions de santé le 20 décembre 2021. Conformément à l'article D1434-44 du code de la santé publique, la CPTS peut également verser des indemnités à ses membres pour « compenser une perte de revenus subie en raison des fonctions qu'ils exercent au sein de la CPTS ».

Les CPTS sont au cœur de la stratégie gouvernementale « Ma santé 2022 » publiée en 2018 et complétée en 2020 par les réformes prioritaires du ministère des solidarités et de la santé. L'objectif affiché est de créer 1 000 CPTS à l'horizon 2022. Le PRS BFC s'inscrit dans la continuité de cette stratégie nationale et a défini le développement des CPTS comme l'une des priorités de l'organisation régionale des soins.

Ainsi, le renforcement de l'accès aux soins de proximité constitue un enjeu majeur sur le territoire régional, dans un contexte de fragilisation et de maillage territorial inégal de l'offre médicale. En effet, la région est confrontée à un vieillissement des praticiens et à un déclin sensible de leur nombre depuis 2015. Près d'un tiers (30,2%) des médecins généralistes en exercice étaient âgés de 60 ans et plus en 2020, soit une proportion croissante depuis 2015 où ils représentaient 26,2%. La densité de praticiens pour 10 000 habitants est également en déclin constant depuis 2015 (8,2 en 2020 contre 8,8 en 2015).

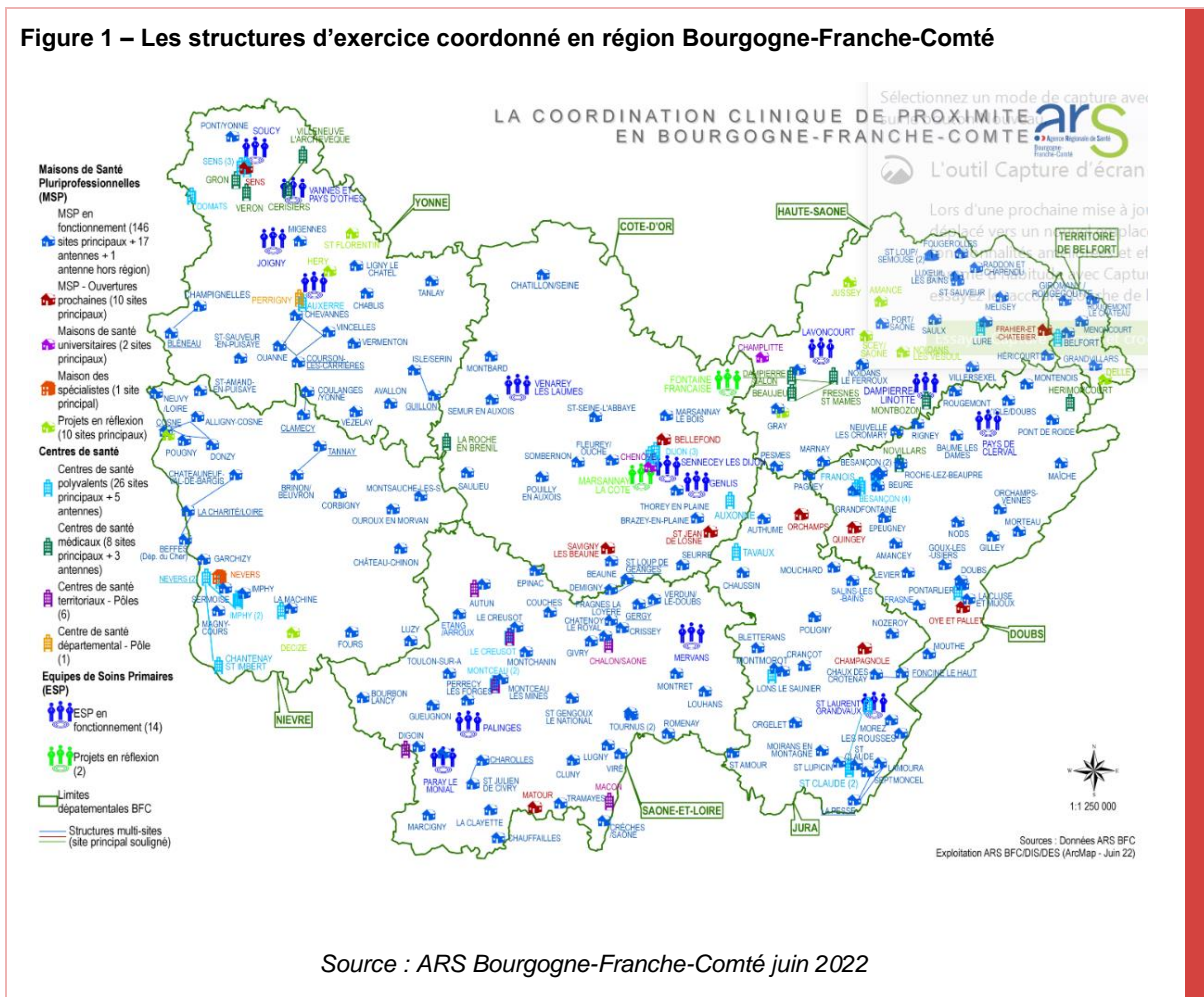
La population de la région est également confrontée à une prévalence importante de maladies chroniques justifiant la mise en place de prises en charges coordonnées : maladies cardio-vasculaires, neuro-vasculaires, cancers, accompagnement des personnes vieillissantes, personnes en situation de handicap.

---

<sup>57</sup> IGAS (2018) «Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé : Appui à la DGOS » RAPPORT IGAS N°2018-041R

Pour répondre à ces enjeux, les CPTS s'inscrivent dans le paysage plus large des acteurs de la coordination pluriprofessionnelle au niveau territorial. En effet, en parallèle du développement des CPTS, le SRS appuie le déploiement d'autres formes d'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les équipes de soins primaires (ESP) et les centres de santé polyvalents qui visent à améliorer la prise en charge dans le soin, la prévention et l'accompagnement de la personne. Ces structures déployées antérieurement aux CPTS, maillent une grande partie du territoire régional, comme l'indique la cartographie ci-dessous :

**Figure 1 – Les structures d'exercice coordonné en région Bourgogne-Franche-Comté**



Source : ARS Bourgogne-Franche-Comté juin 2022

L'ensemble de ces structures doivent fonctionner en articulation afin de favoriser la coordination clinique entre les acteurs de santé sur un même territoire, à chaque niveau de la prise en charge. Ainsi, lorsqu'une CPTS est créée sur un territoire, celle-ci a vocation à intégrer les représentants de ces structures lorsque celles-ci sont présentes sur son territoire, afin de garantir la complémentarité de leurs actions.

Les CPTS sont en outre dotées d'une personnalité juridique. Depuis l'ordonnance du 12 mai 2021, celles-ci doivent se constituer en association loi 1901. Par ailleurs, le périmètre territorial de la CPTS est défini de manière *ad hoc* dans la phase d'élaboration du projet de santé (généralement plusieurs communes). Les CPTS ne peuvent pas donner lieu à un chevauchement territorial : une zone géographique ne peut être incluse que dans une seule CPTS.

Le pilotage du déploiement des CPTS est assuré conjointement par l'ARS et l'Assurance Maladie, qui apportent un soutien aux porteurs de projet dans l'élaboration du projet de santé et proposent des financements dans le cadre de l'adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'accès à ces financements est conditionné à la réalisation de deux types de missions :

- des missions socles, portant sur l'accès aux soins (faciliter l'accès au médecin traitant, améliorer l'accès aux soins non programmés de ville), l'organisation des parcours et la prévention et désormais la mission crise sanitaire depuis la signature de l'avenant 2 en décembre 2021 et sa mise en œuvre en septembre 2022 ;
- des missions optionnelles (actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins et actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire).

Pour bénéficier de ces financements, les CPTS dont le projet de santé est validé, signent un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

Le financement annuel varie en fonction du nombre d'habitants couverts par la CPTS. Il est réparti entre le financement du fonctionnement de la CPTS et le financement des missions. Ce dernier est divisé entre un volet fixe et un volet variable indexé sur l'atteinte d'indicateurs fixés au moment de la signature de l'ACI et réévalués au moment des dialogues de gestions organisés avec les partenaires institutionnels.

**Figure 2 – Financement annuel du fonctionnement de la CPTS**

Montants	
<b>Communauté de taille 1 : &lt; 40 000 hab.</b>	50 000 €
<b>Communauté de taille 2 : entre 40 et 80 000 hab.</b>	60 000 €
<b>Communauté de taille 3 : entre 80 et 175 000 hab.</b>	75 000 €
<b>Communauté de taille 4 : &gt; 175 000 hab.</b>	90 000 €

*Source : Avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 décembre 2021*

Le financement du fonctionnement est versé dès la signature du contrat ACI par la CPTS. Une fois le plan d'action et le calendrier de déploiement des actions établi, les montants fixes par missions sont établis et un montant prévisionnel de la partie variable est estimé. Celui-ci sera ensuite versé en fonction du remplissage des missions pour la partie fixe et au *pro rata* de l'atteinte des indicateurs fixés pour la partie variable. L'ensemble des montants maximums pouvant être versés aux CPTS est présenté ci-après. L'avenant 2 à l'ACI, précise par ailleurs que l'ensemble des montants octroyés au titres des missions socles et optionnelles est majoré de 10% pour les CPTS de taille 4, rassemblant plus de 100 professionnels.

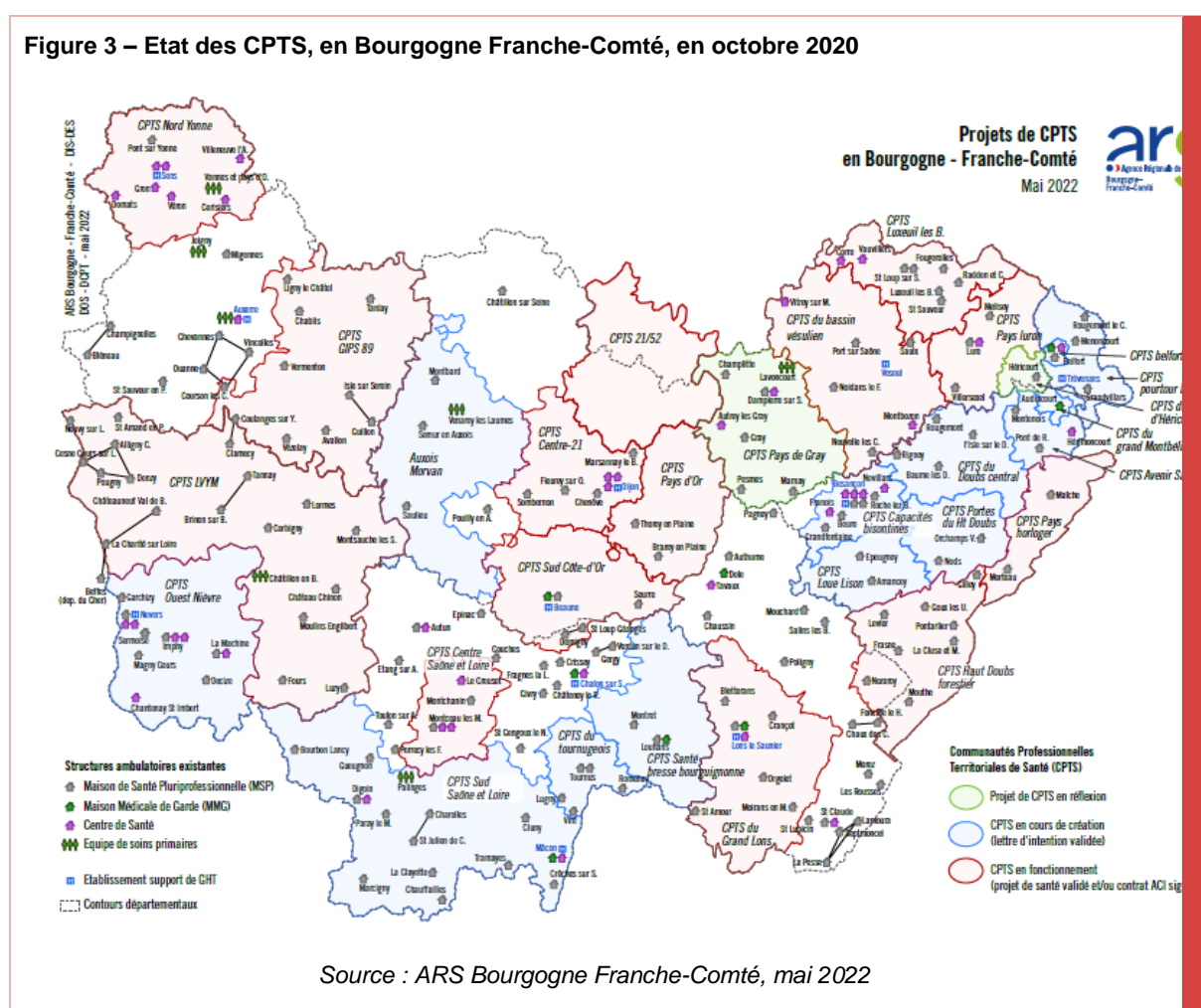
La création d'une CPTS passe par plusieurs étapes :

- Après s'être manifesté, le porteur de projet se fait accompagner par un binôme ARS-Assurance maladie qui le conseille dans la rédaction de sa lettre d'intention.
- Le porteur de projet doit rédiger une lettre d'intention à l'attention de l'ARS et de la CPAM retraçant les grandes lignes de sa démarche en veillant à préciser : le territoire envisagé, des éléments de diagnostic, les partenaires envisagés pour le projet de CPTS et les orientations pour le projet de santé.

- Une fois la lettre d'intention validée, le projet est porté à la connaissance de l'ensemble des professionnels de santé du territoire susceptibles d'y participer. Ces derniers auront ainsi à leur disposition des éléments de diagnostic sur la population du territoire, l'offre de soins, la consommation de soins. Le but de ce projet est de décrire les missions choisies par la CPTS. Un soutien financier par l'ARS peut être accordé au porteur de projet pour l'élaboration du projet.
- Après avoir rédigé le projet de santé, le projet est validé par l'ARS prenant en compte sa cohérence et son articulation avec le PRS. La CPTS est ensuite invitée à contractualiser à l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel) après une rencontre avec le binôme ARS et Assurance maladie.

Actuellement le territoire régional compte 37 projets de CPTS. Parmi ceux-ci, 16 ont vu leur projet de santé validé (dont 15 ont signé l'ACI) et 11 leur lettre d'intention validée. La carte ci-dessous, témoigne ainsi d'une atteinte progressive des objectifs nationaux en termes de couverture territoriale.

**Figure 3 – Etat des CPTS, en Bourgogne Franche-Comté, en octobre 2020**



**Figure 4 - Etat des CPTS, en Bourgogne Franche-Comté, en juillet 2022**

Etat d'avancement	Nombre	Projets
<b>Projet de santé validé et ACI signé</b>	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5 en Côte d'Or (CPTS 21-52 ; CPTS Pays d'Or ; CPTS Centre Côte d'Or, CPTS sud Côte d'or et CPTS Auxois Morvan)</li> <li>▪ 3 dans le Doubs (CPTS du Pays Horloger ; CPTS Haut Doubs Forestier, CPTS Loue Lison)</li> <li>▪ 1 dans le Jura (CPTS Grand Lons)</li> <li>▪ 1 dans la Nièvre (CPTS Loire Val d'Yonne Morvan)</li> <li>▪ 2 dans l'Yonne (CPTS GIPS89 ; CPTS Nord Yonne)</li> <li>▪ 3 en Haute-Saône (CPTS Luxeuil les Bains, CPTS Bassin Vésulien, CPTS Lure)</li> </ul>
<b>Projet de santé et lettre d'intention validée</b>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 CPTS Centre Saône et Loire (signature ACI prévue fin octobre 2022)</li> </ul>
<b>Lettre d'Intention validée</b>	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 dans le Doubs (CPTS Portes du Haut Doubs, Doubs Central et Besançon Capacité)</li> <li>▪ 1 dans la Nièvre (CPTS Sud-Ouest Nièvre)</li> <li>▪ 3 en Saône-et-Loire (CPTS Sud-Saône et Loire ; CPTS Tournugeois et CPTS Bresse Bourguignonne)</li> <li>▪ 4 sur le Territoire de Belfort (CPTS Pourtour Belfortain ; CPTS Belfortaine, CPTS du Grand Montbéliard ; CPTS Avenir Santé)</li> </ul>
<b>Projets de CPTS en réflexion</b>	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 en Côte-d'Or (CPTS Auxois Sud et CPTS du Châtillonnais)</li> <li>▪ 2 dans le Jura (Pays du Haut Jura ; Pays Dolois)</li> <li>▪ 2 en Haute-Saône (CPTS Gray (avec Marnay ; réflexion sur Héricourt)</li> <li>▪ 1 en Saône-et-Loire (CPTS de Chalon)</li> <li>▪ 3 dans l'Yonne (Centre Yonne, Auxerrois-Aillantais, Puisaye Forterre)</li> </ul>

Source : Planète Publique, à partir des données ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2022

## 14.4.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	Existe-t-il des disparités entre les territoires dans le déploiement des CPTS ? Quelles en sont les sources ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le niveau de déploiement des projets sur le territoire</li> <li>- Données enquête biannuelle CPTS</li> </ul>
	Comment les CPTS s'articulent-ils avec les autres dispositifs de coordination présents sur le territoire ? Leurs actions sont-elles complémentaires ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les autres dispositifs de coordination présents sur le territoire et leurs missions</li> <li>- Perception des acteurs sur la capacité des projets de santé de CPTS à proposer des actions complémentaires avec celles déjà déployées par les structures d'exercice coordonné sur le territoire</li> <li>- Perception des acteurs sur le niveau d'intégration et de participation des structures d'exercice coordonné à la gouvernance des CPTS</li> <li>- Liste des structures d'exercice coordonné présentes sur le territoire de chaque CPTS</li> <li>- Composition des CPTS (liste des structures d'exercice coordonné)</li> </ul>
	L'émergence des projets de CPTS et la définition des territoires par les professionnels eux-mêmes garantit-elle un maillage suffisant et pertinent du territoire au regard des objectifs de « ma santé 2022 » ? Dans quelle mesure les projets de santé des CPTS répondent-ils aux besoins et aux priorités identifiées dans les territoires et notamment à l'organisation du lien ville-hôpital (hôpitaux de proximité) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le processus de définition du périmètre territorial des projets de CPTS</li> <li>- Perception des acteurs sur la capacité des CPTS à couvrir l'ensemble des territoires de manière pertinente au regard des besoins prioritaires des populations, des territoires de recours au soin mais aussi des habitudes de travail des professionnels</li> <li>- Perception des acteurs sur le niveau d'intégration et de participation des acteurs du champ sanitaire et en particulier des hôpitaux de proximité, dans la gouvernance des CPTS</li> <li>- Composition des CPTS (nombre de professionnels, professions, type d'exercice, structures et établissements, territoires couverts)</li> <li>- Actions prévues dans les projets de santé de CPTS</li> </ul>
	Comment les CPTS organisent-elles la place des usagers dans leur fonctionnement ? Se dotent-elles de stratégies en la matière ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le niveau d'intégration et de participation des représentants d'usagers dans la gouvernance des CPTS</li> </ul>
	Le déploiement des CPTS a-t-il permis d'apporter une réponse aux difficultés d'accès aux soins et à l'organisation des parcours en particulier dans les territoires sous-denses ? Le service rendu est-il meilleur pour les usagers ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les missions socles présentes dans le cahier des charges et de leur niveau d'adéquation avec les priorités identifiées sur leur territoire</li> <li>- Perception des acteurs sur la réponse apportée par l'outil CPTS pour organiser l'offre de soin dans les territoires et répondre aux 3 missions socles définies dans le cahier des charges</li> <li>- Perception des acteurs sur le niveau de moyens financiers versé aux CPTS dans le cadre de l'ACI et de sa capacité à leur permettre de remplir leurs missions</li> <li>- Perception des acteurs sur la capacité des CPTS à améliorer la qualité de la prise en charge des usagers sur le territoire</li> <li>- Nombre et densité de professionnels installés sur les territoires des CPTS</li> <li>- Nombre de patients sans médecin traitant</li> </ul>

	Question évaluative	Indicateur / source
Appropriation	<p>Les dynamiques partenariales ont-elles facilité le déploiement et le suivi des CPTS au niveau territorial (DD, CPAM, FEMASCO, URPS, collectivités...) ? Le rôle de chaque partenaire est-il bien défini et identifié ?</p> <p>Quels sont les leviers et les freins à la mobilisation, à l'émergence et à la formalisation des projets par les professionnels ?</p> <p>Dans quelle mesure les coordinateurs facilitent-ils l'émergence et le fonctionnement des CPTS ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le processus de formalisation des projets de santé</li> <li>- Perception des acteurs sur le rôle des partenaires impliqués à chaque étape du déploiement du dispositif</li> <li>- Perception des acteurs sur le niveau de coordination et de partage d'information entre les acteurs impliqués dans le déploiement du dispositif</li> <li>- Perception des acteurs sur le niveau de mobilisation des acteurs du territoire pour la formalisation et de déploiement de projets de CPTS sur le territoire</li> <li>- Perception des acteurs sur les missions attribuées aux coordinateurs et sur leur contribution à la formalisation à l'organisation et au déploiement des actions prévues dans le projet de santé des CPTS</li> </ul>



### 14.4.3 Détails de montants octroyés au titre de l'ACI

Montant annuel (source Assurance Maladie, 31 mars 2022)		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
<b>Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle</b>	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>60 000 €</b>	<b>75 000 €</b>	<b>90 000 €</b>
	<i>Volet fixe/moyens</i>	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
<b>Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)</b>	<i>Volet variable/actions et résultats</i>	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	<b>Total</b>	<b>80 000 €</b>	<b>100 000 €</b>	<b>125 000€</b>	<b>155 000 €</b>
	<i>Volet fixe/moyens</i>	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
<b>Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient (socle)</b>	<i>Volet variable/actions et résultats</i>	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	<b>Total</b>	<b>50 000 €</b>	<b>70 000 €</b>	<b>90 000 €</b>	<b>100 000 €</b>
	<i>Volet fixe/moyens</i>	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
<b>Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)</b>	<i>Volet variable/actions et résultats</i>	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	<b>Total</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>35 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
	<i>Volet fixe/moyens</i>	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
<b>Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (socle)</b>	<i>Volet fixe/moyens 1re rédaction du plan</i>	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	<i>Volet fixe/moyens mise à jour du plan</i>	12 500 €	17 500 €	22 500 €	25 000 €
	<i>Volet variable/survenue d'une crise sanitaire grave</i>	37 500 €	52 500 €	67 500 €	75 000 €
	<b>Total** correspondant à la 1re année de rédaction du plan</b>	<b>62 500 €</b>	<b>87 500 €</b>	<b>112 500 €</b>	<b>125 000 €</b>
<b>Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)</b>	<i>Volet fixe/moyens</i>	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	<i>Volet variable/actions et résultats</i>	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	<b>Total</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>	<b>40 000 €</b>
<b>Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)</b>	<i>Volet fixe/moyens</i>	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	<i>Volet variable/actions et résultats</i>	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	<b>Total</b>	<b>10 000 €</b>	<b>15 000 €</b>	<b>20 000 €</b>	<b>30 000 €</b>
<b>Financement total possible</b>	<b>Volets fixe et variable</b>	<b>287 500 €</b>	<b>382 500 €</b>	<b>487 500 €</b>	<b>580 000</b>

## 14.5 TSU

### 14.5.1 Éléments de contexte

#### Organisation générale des TSU

Les transports sanitaires urgents (TSU) sont organisés par l'arrêté interministériel du 24 avril 2009 et ont été repris par la circulaire du 5 juin 2015 relative à « l'organisation du secours à personne (SAP) et du référentiel commun SAMU / transports sanitaires ». Ils sont assurés notamment par des sociétés d'ambulances privées et ont été mis en place pour répondre aux urgences pré-hospitalières (UPH).

L'arrêté de 2009 définit l'UPH comme : « *toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient par des professionnels de santé spécialisés en intervention d'urgence* ». Ces transports sont ainsi dits « primaires » et correspondent aux transports effectués en vue de l'admission d'un patient dans un établissement de santé. Ils se distinguent donc des transports inter-établissements, qui permettent de transférer un patient vers un autre établissement pour une prise en charge plus adaptée.

De manière générale, sur l'ensemble du territoire national, le fonctionnement des TSU est géré par l'Association de Transports Sanitaires d'Urgences (ATSU). Celle-ci est garante de l'organisation et du bon fonctionnement des TSU et assure la liaison entre l'ARS, le centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA15) et les sociétés d'ambulances. La convention qui lie l'ATSU avec les sociétés d'ambulances prévoit le recueil des actes et des montants qui leur sont réglés par l'Assurance maladie.

Concrètement, les besoins de transports d'urgence pré-hospitaliers sont décidés par le CRRRA 15. Les demandes de transports sont réalisées via un système d'information entre CRRRA15 et ambulanciers. En cas d'absence ou d'indisponibilités de moyens dédiés, un moyen autre est sollicité pour répondre à la demande. En cas de défaut de réponse des transporteurs ambulanciers, les SDIS sont mobilisés par l'ARM au titre de la carence ambulancière.

#### Des difficultés de mobilisation des ambulances pour les TSU

Le référentiel commun instauré par l'arrêté de 2009 portait l'ambition de réduire les délais de réponse aux demandes d'aides médicales urgentes. Ceci devait passer par « *l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières* ». Ce référentiel indique par ailleurs qu'« *il est [...] indispensable que les [SAMU] et les ambulanciers privés agissent de manière concertée et en synergie* »<sup>58</sup>. En effet, les carences sont importantes et, parmi les motifs, les transporteurs font valoir des difficultés d'ordre économique : la hausse progressive de leurs charges et la stabilité des tarifs conventionnels depuis 2013 (financement Assurance Maladie) ne les incitent pas à opérer les TSU. Plus encore, certains secteurs donnent lieu à une demande faible en TSU, générant une mobilisation « à perte » des transporteurs. En effet, les moyens mobilisés par les transporteurs pour répondre aux TSU engendrent des coûts qui ne sont pas nécessairement couverts par l'activité, si la demande en TSU est faible. À cet égard, des études ont mis en évidence que les pertes financières des transporteurs dans les secteurs les moins demandeurs s'élèvent en moyenne à 40 % du montant investi pour ces missions (ressources humaines et matérielles mobilisées).

En parallèle du manque à gagner que cette activité peut générer, la non-rémunération des sorties blanches d'une part et la tarification des missions peu élevée d'autre part sont déplorées. La rémunération issue de la garde se compose d'une indemnité de garde de 346 euros pour une garde (1 moyen mobilisé sur 12h), qui est associée à une tarification spécifique des prestations avec 60 %

---

<sup>58</sup> Référentiel commun 2009, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_SAMU-TS.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_SAMU-TS.pdf)

d'abattement de la tarification conventionnelle sur toutes les composantes de la facturation : forfait, kilomètres, valorisation trajet court, majoration et supplément...

En cas de carence ambulancière constatée, les SDIS sont sollicités pour assurer des TSU au-delà des missions qui les concernent directement. Ceci conduit non seulement à emboliser les services des SDIS, mais engendre également une perte de temps dans la recherche de moyens disponibles (recherche infructueuse d'ambulance disponible et report de la demande vers les SDIS). En effet, face au manque de transports sanitaires pour répondre aux UPH, les SDIS sont sollicités pour effectuer ces missions, en remplacement des transporteurs ambulanciers et au titre de la carence ambulancière, en plus des missions de secours à la personne (SAP) qui leur incombent déjà de fait. Dès lors, les équipes des SDIS sont fortement sollicitées et la nécessité de répondre aux carences ambulancières engendre une diminution des effectifs disponibles pour les autres missions d'urgence des SDIS. Bien que les SDIS soient un service public qui n'effectue pas les missions dans un but lucratif, il est également à noter que la rémunération pour les missions effectuées au titre de la carence ambulancière a longtemps été jugée faible (123 euros<sup>59</sup>).

### **Des aspects organisationnels variables selon les territoires**

Au-delà des grandes lignes organisationnelles communes à l'ensemble du territoire national, des marges de manœuvre pour gérer les TSU existent à l'échelle des territoires.

S'il existe un référentiel national commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ainsi que de l'UPH, des pratiques et ajustements locaux peuvent être constatés dans la graduation de la notion d'urgence et l'engagement des acteurs. Les régulateurs CRRA15 ne pratiquent pas tous exactement de la même manière pour attribuer la mission à une ambulance ou au SDIS, et notamment selon la gravité de la situation (hors « départs réflexes ») et selon le lieu d'intervention (lieu public ou recevant du public, ou lieu privé). Des conventions tripartites entre ATSU, SDIS et CRRA15 ont pu être créés dans certains départements (Saône-et-Loire, Yonne), afin de formaliser les organisations (partie 1.3.3).

Par ailleurs, ces dernières années, des CRRA15 de plusieurs départements ont été fusionnés, à la demande des ARS. En Bourgogne-Franche-Comté, sont notamment concernés la Franche-Comté et la Nièvre. A partir de 2018, le CRRA15 de Nevers (Nièvre) a été transféré et a fusionné avec celui de Dijon (Côte d'Or), qui gère donc les TSU pour les deux territoires. Le CRRA15 de Besançon regroupe les départements du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône et du territoire de Belfort. Cet élément de contexte, qui dépasse le cadre du périmètre de l'évaluation, peut intervenir dans les perceptions des acteurs vis-à-vis à l'organisation des TSU, c'est pourquoi il est rappelé ici.

---

<sup>59</sup> La réforme nationale de 2022 sur les transports sanitaires urgents et leur participation à la garde prévoit une revalorisation de cette rémunération.

### **Une organisation des TSU en « cousu-main » jusqu'en 2016 en Nord-Franche-Comté**

*Jusqu'en 2016, les acteurs des TSU de Nord-Franche-Comté fonctionnaient en « cousu main », selon l'expression choisie par les acteurs de ce territoire, autrement dit avaient un fonctionnement peu formalisé et opéraient à un niveau très local. De jour comme de nuit, fort du volontarisme des ambulanciers, le CRRA15 sollicitait les sociétés d'ambulance et « se débrouillait toujours pour trouver une ambulance qui répond présente à 2h du matin, alors qu'elle n'est pas de garde ». Ce fonctionnement était donc essentiellement basé sur les relations entre les acteurs.*

*La fusion des deux CRRA15 en 2016 a eu pour effet un plus grand respect du système de garde prévu et des motifs d'intervention ont été requalifiés (cf. qualification des motifs d'intervention différentes selon les territoires évoquée supra). Dans un premier temps, cette réorganisation aurait engendré une montée des carences sur le territoire (de 500 à 600 carences par an, les chiffres seraient passés à 1200, puis redescendus au niveau initial en 2018 grâce aux mesures prises cette année-là et précisées en partie 1.3.4). Plus globalement, cette organisation a généré la nécessité de trouver de nouvelles modalités de collaboration entre acteurs qui ne se connaissaient pas jusque-là, engendrant quelques difficultés d'adaptation selon les acteurs interrogés.*

### **Un objectif d'amélioration de la réponse des ambulanciers aux urgences pré-hospitalières**

Le PRS pose ainsi des orientations pour tenter de répondre aux difficultés de mobilisation des transporteurs privés, en faisant de l'organisation des TSU un des axes de la priorité visant à réorganiser l'accès aux soins urgents. Ceci s'inscrit plus particulièrement au sein de l'objectif « conforter un accès aux soins urgents en moins de 30 mn par un maillage territorial adapté des services d'urgences, SMUR (...) et par la mobilisation des autres ressources de l'aide médicale urgente et du secours à la personne. »

L'atteinte des objectifs fixés dans l'amélioration de l'offre de transports sanitaires urgents repose sur trois axes principaux :

- Une coordination régionale efficiente reposant sur une coordination au niveau départemental des services du SAMU et des coordonnateurs ambulanciers (chargés de tracer les dysfonctionnements, d'établir les tableaux de garde ambulancière au sein des secteurs du département et de faire le lien entre les acteurs en termes de déclenchement primaire des TSU), et prévoyant l'adaptation des moyens de transport à l'état de santé des patients ;
- Un système de géolocalisation renforcée des véhicules ambulanciers avec un déploiement régional ;
- Un cahier des charges revisité et innovant en matière de sectorisation de la garde.

Depuis, des réorganisations d'envergures plus ou moins importantes ont vu le jour en Bourgogne-Franche-Comté. Dans la mesure où il s'agit d'une mission partagée, les réflexions ont nécessairement impliqué les différents protagonistes des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers, à savoir les SDIS, les ATSU et les CRRA15. Ce travail collaboratif a été facilité par le fait que le constat vis-à-vis des tensions en matière de TSU était partagé par l'ensemble des acteurs.

Les objectifs de ces réorganisations étaient donc de rendre plus attractives les missions de TSU pour les ambulances, afin que celles-ci augmentent leurs activités en la matière, mais aussi de favoriser leur disponibilité pour répondre à ces missions et/ou fluidifier et améliorer l'organisation des TSU de manière générale, en positionnant des moyens au moment et à l'endroit où il y a des besoins. Ces réorganisations s'inscrivent dans la lignée des orientations du PRS, mais de manière différenciée et plus ou moins affirmée. D'autres organisations en parallèle, qui n'entrent pas directement dans les

objectifs du PRS mais sont en lien avec les TSU, ont été pointées par les acteurs interrogés comme ayant eu un impact positif dans l'organisation des TSU.

## 14.5.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	En quoi les réorganisations, mises en œuvre dans le cadre des expérimentations, ont-elles permis de trouver des solutions adaptées et satisfaisantes pour l'ensemble des acteurs, au regard des contraintes posées par le cadre national ? Quels ont été les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées ? Comment peuvent s'expliquer les différences entre les territoires ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalités d'organisation des TSU dans les territoires</li> <li>- Perception des acteurs des freins et leviers rencontrés lors du déploiement de ces organisations</li> <li>- Modalités de travail entre les acteurs pour la gestion des TSU</li> <li>- Perception des acteurs des leviers et limites des modalités de travail en place (coordination) dans la gestion des TSU</li> </ul>
	Les organisations, mises en place dans le cadre des expérimentations, permettent-elles de répondre à tous les besoins (type de PEC, période de la journée / de l'année) dans tous les territoires ; et au regard des contraintes posées par le cadre national ? Des besoins restent-ils mal couverts ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de demandes ayant donné lieu à une indisponibilité</li> <li>- Répartition des prises en charge entre type d'acteur, et heure, par territoire</li> <li>- Perception des acteurs des améliorations permises par les réorganisations dans la gestion des TSU depuis les expérimentations</li> <li>- Perception des acteurs sur les défaillances persistantes et les marges d'amélioration dans la gestion des TSU</li> </ul>
	Dans quelle mesure, la récente réforme implique-t-elle une réorganisation des modalités de travail mises en œuvre dans les territoires ? Que va-t-elle apporter de plus ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparaison des principes de la réforme nationale des TSU et des modalités d'organisation déjà en place dans les territoires</li> <li>- Perception des acteurs des écarts entre la réforme et les organisations en place pour la gestion des TSU et des adaptations qu'elle implique dans les territoires</li> <li>- Perception des acteurs de la plus-value de la réforme</li> </ul>
	La mobilisation autour de la réorganisation des TSU dans les territoires permet-elle de mobiliser les acteurs dans la durée, pour un ajustement de l'organisation au fil de l'évolution démographique / l'évolution des besoins ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le processus d'élaboration de la réforme</li> <li>- Perception des acteurs sur le contenu de la réforme</li> <li>- Perception des acteurs sur leurs rôles dans la mise en place de la réforme</li> <li>- Perception des acteurs sur l'animation dans la durée (coordination, adaptation offre/demande, ...) des nouvelles modalités d'organisation pour la gestion des TSU</li> </ul>
Appropriation	Les partenaires de l'ARS mobilisés dans la réorganisation des TSU (SDIS, SMUR, CRRA15, ambulanciers, Assurance maladie, Conseils départementaux) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le processus de formalisation des projets de santé</li> <li>- Perception des acteurs sur le rôle de chacun à chaque étape du déploiement de l'organisation des TSU</li> <li>- Perception des acteurs sur la coordination et le partage d'informations entre eux pour le déploiement de la nouvelle organisation</li> <li>- Perception des acteurs sur leur mobilisation globale pour la bonne mise en œuvre de la nouvelle organisation et son bon fonctionnement</li> </ul>

## 14.6 PTSM

### 14.6.1 Éléments de contexte

#### Un contexte national qui a évolué depuis la publication du PRS Bourgogne-Franche-Comté

La santé mentale et la psychiatrie sont considérées par l’OMS comme un enjeu majeur de santé publique au 21<sup>ème</sup> siècle, en étant responsables de 5 parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes en termes de charge de morbidité (perte de vie en pleine santé). Le PRS Bourgogne-Franche-Comté affiche quant à lui que l’ « *on estime que 25 % de la population sera un jour confrontée à des problèmes de santé mentale* ». D’après le cadre d’orientation stratégique, la santé mentale représente un budget de 21,3 milliards d’euros de dépenses à l’échelle nationale et constitue le second poste de dépenses de santé de l’assurance maladie.

Depuis l’élaboration du PRS régional, plusieurs annonces, publications et mesures applicables à l’échelle nationale ont paru.

En 2019, le décret n° 2019-380 du 29 avril 2019 portant création d’un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie institue un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, exerçant aux côtés du ministre des solidarités et de la santé. Il est chargé de mettre en œuvre la stratégie nationale en faveur de la santé mentale et de la psychiatrie, de s’assurer de son déploiement dans les territoires, de contribuer à accompagner les évolutions de la psychiatrie afin de développer les modes prises en charge. Cette mesure permet d’accroître la visibilité de la santé mentale dans les politiques publiques de santé.

Le Ségur de la Santé, consultation des acteurs du système de soin français, s’est tenu entre le mois de mai et le mois de juillet 2020. De cette démarche participative ont été retenues des mesures et orientations proposés par les participants afin de contribuer à la modernisation du système de santé français, d’améliorer le quotidien des soignants et la prise en charge des patients. Parmi ces mesures, la mesure 31 intitulée « Renforcer l’offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population » prévoit la mise en place d’un dispositif de renforcement en psychologues dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles et les Centres de santé. Ce dispositif s’inscrivait dans le contexte de pandémie de Covid-19 pour faire face aux difficultés de santé mentale que rencontraient certains Français.

En septembre 2021, se sont tenues les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Celles-ci se sont tenues dans un contexte toujours marqué par la pandémie de Covid-19. Cet événement a réuni l’ensemble des acteurs concernés par le sujet sur le territoire français (Etat, associations, réseaux, ...) afin d’établir un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale, de l’offre de soins en psychiatrie et de l’accompagnement proposé. Ces Assises se sont clôturées par une série de mesures annoncées par le Président de la République, comme le développement de messages sur la connaissance des symptômes et des signes de troubles et sur les addictions et les liens avec les troubles psychiatriques et psychiques, le développement des formations « Premiers secours en santé mentale », ou encore la nécessité d’informer et de sensibiliser les élèves et les étudiants aux problématiques de santé mentale.

Une feuille de route en santé mentale et psychiatrie a été présentée en 2018. Y sont formulés des objectifs de repérage et de prise en charge précoces des troubles psychiques, de prévention du suicide, d’amélioration de l’accès aux soins et aux accompagnements, d’amélioration des conditions de vie, d’inclusion sociale et de citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique. Un bilan de l’avancement de la mise en œuvre de la feuille de route a été réalisé en janvier 2022. Celui-ci fait état de la mise en œuvre d’actions de sensibilisation, de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, de formation, de renforcement de la prévention, d’amélioration et de fluidification des parcours de soins. Les perspectives envisagées pour la suite insistent sur le développement d’une culture de la santé mentale et de la prévention, la promotion d’une approche populationnelle et le

renforcement de l'attractivité de la psychiatrie ou encore la consolidation des projets territoriaux de santé mentale afin d'accompagner ces dynamiques.

Ces mesures constituent de nouvelles étapes dans la démarche plus globale de l'Etat de faire de la santé mentale une priorité.

### **La santé mentale : un enjeu de taille pour la région Bourgogne-Franche-Comté**

A travers le PRS, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté s'attache à répondre à plusieurs priorités en matière de santé mentale, qui fait l'objet d'un parcours dédié dont les objectifs sont de :

- améliorer, sur l'ensemble du territoire régional, l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les adultes et les personnes âgées ;
- améliorer l'orientation et apporter des réponses adaptées aux demandes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire régional ;
- réduire la mortalité par suicide en Bourgogne-Franche-Comté ;
- favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou de handicap psychique ;
- concourir à la déstigmatisation de la maladie psychiatrique.

### **Les projets territoriaux de santé mentale comme vision globale des enjeux de santé mentale propres à un territoire**

Introduit par l'article 69 de la loi de modernisation du système de santé de 2016, les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) ont pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Le décret du 27 juillet 2017 a fixé aux PTSM six priorités :

- mettre en place le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements ;
- organiser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture ;
- permettre l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- prévenir et prendre en charge des situations de crise et d'urgence ;
- promouvoir les droits des personnes présentant des troubles psychiques ;
- agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Le Projet Territorial de Santé Mentale est élaboré par les acteurs de la santé mentale et sur la base d'un diagnostic territorial partagé. Il répond aux enjeux de santé mentale identifiés dans le territoire afin d'optimiser les parcours de santé. Il porte sur un territoire délimité, cohérent du point de vue des enjeux en santé mentale et permettant la coordination des acteurs (souvent à l'échelle du département ou du territoire de santé).

Le « diagnostic partagé » en santé mentale présente la situation socio-médicale en santé mentale d'un territoire donné. Il reflète les besoins et les enjeux en offre de soins et identifie des perspectives d'évolution. Ce diagnostic est issu d'une concertation avec les acteurs du territoire et est soumis à validation de l'ARS.

Le PTSM organise les conditions d'accès à la prévention, aux soins et à l'insertion sociale pour un territoire donné. Il est élaboré par les acteurs de la santé mentale eux-mêmes : professionnels de la psychiatrie, du champ social et médico-social, ou du conseil territorial de santé. À partir des besoins, un plan d'actions est établi. Les contenus des PTSM peuvent être modifiés par le biais d'avenants (actualisation, ajouts de fiches-actions, ...).

Le PTSM est également validé par le directeur général de l'ARS, après la soumission d'un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale, la liste des acteurs associés et le(s) acteur(s) désigné(s) comme correspondant(s) de l'agence. La validation du PTSM donne lieu à la formalisation d'un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) qui engage les acteurs autour de la réalisation des actions prévues collectivement.

Enfin, la gouvernance des PTSM permet une représentation des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social afin de prendre en compte l'ensemble des étapes du parcours des personnes. Elle intègre également des représentants des usagers et des familles mais aussi des représentants des collectivités territoriales. Dans son fonctionnement, la gouvernance des PTSM vise à faciliter la circulation de l'information entre tous les acteurs associés à la démarche.

L'ARS a un rôle d'animation, de suivi et de validation de la démarche. Elle s'assure de :

- la pertinence du périmètre territorial, de la mobilisation des acteurs, de la gouvernance ;
- la prise en compte du PRS et de la stratégie nationale de santé.

Pour soutenir les acteurs et les accompagner dans la démarche, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté finance, de façon pérenne, un poste de coordinateur par territoire, au sein des plateformes / réseaux Santé Mentale rattachés aux établissements sanitaires de psychiatrie.

En 2020, tous les territoires de la région Bourgogne-Franche-Comté étaient dotés d'un PTSM et d'un CTSM. En fonction des territoires, le délai entre la publication du PTSM et la signature du contrat a pu être plus ou moins long. Les PTSM portent sur la période 2019-2023 (hors Jura dont le PTSM porte sur la période 2020- 2025).

**Figure 1 – Répartition des PTSM sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté**

	Validation du PTSM	Signature du CTSM
Côte-d'Or	septembre 2019	novembre 2019
Doubs	juin 2019	octobre 2019
Jura	novembre 2020	décembre 2020
Nièvre	septembre 2019	octobre 2019
Haute-Saône	septembre 2019	octobre 2019
Saône et Loire	septembre 2019	décembre 2019
Yonne	septembre 2019	décembre 2019
Nord-Franche-Comté	décembre 2019	novembre 2020

Source : Planète Publique à partir des données ARS



## 14.6.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	En quoi les PTSM et les CTSM permettent-ils de construire avec l'ensemble des acteurs de la filière, des réponses adaptées, couvrant l'ensemble des publics et de leur parcours de santé ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs de la pertinence des PTSM au regard des enjeux des territoires en matière de santé mentale</li> <li>- Perception des acteurs de la mobilisation effective de l'ensemble des acteurs concernés autour de l'élaboration et de la mise en œuvre des PTSM/CTSM</li> <li>- Perception des acteurs de la capacité des CTSM à effectivement engager et coordonner les acteurs pour apporter des réponses efficaces sur les territoires</li> <li>- Perception des acteurs de la capacité des PTSM à définir des projets partagés adaptés aux enjeux des territoires</li> <li>- Perception des acteurs de la capacité des PTSM à définir des parcours de santé clairs et pertinents au regard des besoins des patients</li> <li>- Perception des acteurs de la plus-value des PTSM/ CTSM (améliorations observées depuis leurs déploiements et défaillances persistantes)</li> </ul>
	En quoi les PTSM favorisent-ils le partenariat et la coopération entre les acteurs territoriaux, pour la mise en place de projets partagés et le développement de parcours de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs de la mobilisation effective de tous les acteurs autour des PTSM et du respect de leurs engagements (CTSM)</li> <li>- Perception des acteurs des modalités de coordination et de partenariat pour mettre en œuvre de manière efficace les PTSM/CTSM</li> <li>- Perception des acteurs de la plus-value d'une action globale coordonnée pour répondre aux besoins des patients et des territoires en matière de santé mentale</li> </ul>
	Comment les PTSM / CTSM s'articulent-ils avec les autres actions territoriales en santé (CLS, CPTS, CLSM notamment) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance des acteurs des autres actions territoriales en santé en lien avec les PTSM</li> <li>- Modalités d'échanges voire de coordination avec les pilotes et acteurs opérationnels des autres actions territoriales en santé</li> <li>- Perception des acteurs des freins et leviers à l'articulation entre les PTSM/CTSM et les autres actions territoriales en santé</li> </ul>
	A quoi tiennent les différences de résultats entre les territoires ? Peuvent-elles être expliquées par des méthodes de travail différentes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des résultats obtenus par les PTSM/CTSM entre les différents territoires</li> <li>- Comparaison des modalités de travail (coordination, contenus des projets partagés, contenus des parcours de soins, ...) entre les territoires</li> <li>- Perception des acteurs des leviers et freins de leurs modalités de travail partenarial pour la mise en place des PTSM/CTSM</li> </ul>
Appropriation	Les partenaires de l'ARS mobilisés autour de la mise en œuvre des PTSM / CTSM (CHS et clinique, URPS, coordinatrices, association de patients, associations d'accompagnement) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur les méthodes de travail et de pilotages proposées pour organiser les PTSM</li> <li>- Perception des acteurs sur leur mobilisation globale pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des PTSM</li> </ul>

## 14.7 EPP

### 14.7.1 Éléments de contexte

L'entretien prénatal précoce a été instauré initialement au niveau national par le plan périnatalité 2005-2007 et par la loi du 05 mars 2007<sup>60</sup> relative à la protection de l'enfance. Il a ensuite été identifié dans la stratégie nationale de santé 2018-2022, et en particulier dans le cadre du projet « 1 000 premiers jours<sup>61</sup> », comme un outil central pour accompagner les parents dans les domaines médicaux, sociaux et éducatifs. L'EPP doit permettre « *d'améliorer l'accompagnement des parents pendant toute la période [des 1000 premiers jours], d'éviter les discontinuités et de renforcer les soutiens aux moments clefs* ». *In fine*, il vise ainsi à favoriser un développement équilibré chez l'enfant et s'assurer de son intégration dans une dynamique familiale harmonieuse.

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2020 et suite à la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020<sup>62</sup>, l'EPP est inclus dans la liste des rendez-vous obligatoires communiquée à la femme enceinte par l'Assurance Maladie, suite à la déclaration de grossesse. Il consiste en un entretien de 45 minutes à 1 heure, réalisé habituellement au 4<sup>ème</sup> mois de la grossesse, auprès de l'un des professionnels habilités suivants : sage-femme, gynécologue-obstétricien, ou médecin généraliste. Ces derniers peuvent exercer en libéral ou bien au sein de structures telles que les PMI ou bien les maternités. Ces professionnels sont rémunérés sur la base d'une cotation spécifique pour la réalisation de cet entretien.

L'EPP se distingue toutefois d'une consultation médicale. Réalisé dans une posture d'écoute active, il doit favoriser l'expression des besoins de la femme enceinte et du couple parental le cas échéant, lors d'un temps entièrement dédié. Il permet, en outre :

- d'identifier les besoins d'information et les difficultés du couple ;
- de définir les compétences parentales à développer et le rôle du couple et de chacun des deux parents dans le déroulement de la grossesse et dans la prise en charge du nouveau-né ;
- de repérer les situations de vulnérabilité psycho-sociale des parents en tenant compte de leur environnement et de leur facteurs somatique, sociaux et affectifs ;
- d'accompagner les parents, si besoin, vers d'autres professionnels en transmettant des informations ajustées et en communiquant sur l'offre de soins locale.

Au niveau régional, le déploiement de l'EPP est porté par les deux réseaux de santé en périnatalité, qui couvrent les territoires de l'ancienne région : le réseau de périnatalité Franche-Comté, et le réseau Bourgogne femme et enfant.

Dans le cadre de l'organisation du parcours maternité-parentalité, l'ARS Bourgogne Franche-Comté travaille depuis 2016 à la promotion de l'entretien prénatal précoce. Plusieurs actions ont ainsi été menées par l'ARS, dans la perspective de l'harmonisation et de la généralisation de sa pratique par les professionnels du territoire et de l'approfondissement de la coordination dans le parcours :

- organisation d'un groupe de travail régional pluriprofessionnel en 2016 pour la construction d'une définition commune de l'EPP ;
- renforcement dans le SRS du rôle des réseaux régionaux de périnatalité dans le déploiement de l'EPP et son évolution d'un approche sanitaire de gestion du risque à la naissance, vers une

---

<sup>61</sup> Instruction SGMCAS/2021/74 du 1<sup>er</sup> avril 2021

approche de santé publique davantage tournée vers une prise en charge globale, en amont et en aval de la naissance, entre la ville et l'hôpital ;

- organisation de la formation des professionnels à l'utilisation d'un outil et d'un référentiel commun pour les EPP, par le biais de la cartographie Urkind depuis 2019 ;
- diffusion et promotion de l'EPP auprès des professionnels et des patientes du territoire par le biais d'une campagne de communication en 2018 ;
- Soutien à une expérimentation relative à la mise en place d'une fonction de coordination dédiée à la périnatalité sur le territoire du haut jura

Une première évaluation du déploiement de l'EPP, réalisée par l'IREPS à la demande de l'ARS en 2020, avait soulevé la nécessité de continuer à déployer la formation des professionnels à l'utilisation d'un outil partagé de transmission éthique d'information, pour appuyer la diffusion de l'EPP et favoriser la mise en réseau de professionnels du parcours maternité-parentalité.

## 14.7.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	Dans quelle mesure, l'ensemble des acteurs en lien avec le suivi de la grossesse et l'accompagnement à la parentalité sont-ils mobilisés pour assurer l'EPP ? Quelles ont été les facteurs facilitants, quelles ont été les difficultés rencontrées ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le niveau d'implication des différents acteurs, structures et partenaires dans la tenue des EPP</li> <li>- Perception des acteurs sur les leviers et freins au déploiement des EPP</li> <li>- Nombre d'EPP réalisés par département (Assurance maladie)</li> </ul>
	En quoi les pratiques des différents professionnels sont-elles harmonisées et cohérentes avec le référentiel commun ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance et perception des acteurs sur les pratiques des autres professionnels menant les EPP</li> <li>- Connaissance des acteurs sur le référentiel commun</li> <li>- Comparaison des différents référentiels de formation</li> <li>- Comparaison des pratiques de chaque catégorie d'acteurs menant l'EPP et mise en perspective avec le référentiel commun</li> </ul>
	La mise en œuvre de l'EPP permet-elle d'apporter une réponse adaptée et coordonnée à l'ensemble des parents dans tous les territoires ? Les parents sont-ils orientés vers les bons dispositifs le cas échéant ? La coordination entre la prise en charge médico-psychosociale est-elle effective ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur la capacité de l'EPP à identifier les besoins des patients et à les orienter vers les ressources appropriées</li> <li>- Perception des acteurs sur le niveau d'articulation et de coordination avec les autres acteurs du territoire</li> <li>- Perception des acteurs sur la capacité à relayer et partager l'information recueillie par le biais de la cartographie Urkind avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge périnatale</li> <li>- Perception des usagers sur la capacité de l'EPP et de la représentation visuelle produite via Urkind à répondre à leurs attentes et à leurs besoins d'information, d'orientation et de prise en charge</li> </ul>
	Les travaux menés autour de la mise en place de l'EPP constituent-ils des facteurs de réussite favorables au déploiement de l'entretien post-natal ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur la capacité de la campagne de communication réalisée à toucher et mobiliser les professionnels autour de l'EPP</li> <li>- Perception des acteurs sur le rôle de la formation dans la capacité à s'approprier l'EPP, à orienter et à construire un parcours coordonné et pluriprofessionnel</li> <li>- Perception des acteurs sur le rôle de l'outil Urkind dans le partage d'information et la structuration du parcours périnatal</li> </ul>
Appropriation	Les acteurs mobilisés autour de l'EPP (ARS, réseaux périnatalité, formateurs, PS et structures de PEC, CAF...) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur leur rôle dans le déploiement de l'EPP et dans la structuration du parcours par le biais du déploiement de l'EPP</li> <li>- Compréhension des acteurs des objectifs de l'organisation du parcours maternité tel que défini dans le PRS.</li> </ul>

## 14.8 LHSS

### 14.8.1 Éléments de contexte

#### Historique des Lits Halte Soins Santé

Le dispositif des Lits Haltes Soins Santé (LHSS) a été créé en 2005, suite à l'expérimentation des lits infirmiers initiée en 1993 par le Samu Social de Paris qui visait à accueillir des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation (tuberculose, pathologies aiguës ponctuelles telles grippe, angine, suites opératoires...) afin de les soigner.

Cette expérimentation a été pérennisée. En effet, le comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 a souhaité donner un statut juridique à ce dispositif. Les Lits Haltes Soins Santé ont ainsi été créés par la Loi n°2005- 1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006 (article 50). Deux décrets et la circulaire N°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 ont par la suite précisé les modalités d'organisation et de financement du dispositif.

Ce dispositif est par ailleurs encadré par un cahier des charges. Les LHSS peuvent être regroupés en un lieu spécifique ou non. Quand ils sont regroupés sur un site unique, les lits haltes soins santé doivent être mixtes et accueillir tous types de public. Intégrés dans un dispositif sanitaire, médicosocial ou social, les conditions de l'accueil du dispositif s'appliquent aux LHSS.

#### Les missions des LHSS avec hébergement

Les LHSS sont une structure médico-sociale pour population à difficultés spécifiques qui accueille « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue ».

Ils ne sont pas dédiés à une pathologie donnée et s'inscrivent en complémentarité avec l'offre de service des dispositifs du droit commun et n'ont pas vocation à se substituer à eux.

En offrant aux personnes accueillies des soins médicaux, ou paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, des prestations d'animation et une éducation sanitaire, les LHSS préviennent et évitent la rupture dans la continuité des soins, une aggravation de l'état de santé. Ils construisent et consolident pour les personnes qui y sont accueillies le parcours de santé.

En parallèle les LHSS avec hébergement mettent en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits de la personne accueillie et élaborent avec celle-ci un projet de sortie individuel. Ils les amènent progressivement vers une réinsertion sociale.

Les LHSS fonctionnent sans interruption 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, 365 jours par an. Ils assurent des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie.

La décision d'admission dans la structure est prononcée par le responsable des LHSS, après avis du médecin référent de la structure. Celui-ci évalue et identifie le besoin sanitaire de la personne, la pertinence médicale de son admission.

La durée prévisionnelle du séjour est inférieure à deux mois. Cette durée est renouvelable autant que de besoin, en fonction de l'état sanitaire de la personne. Elle est définie, par la structure, en lien avec la personne hébergée sur la base du projet individuel.

### Une mission facultative : les LHSS mobiles

Le décret N° 2020-1745 du 29 décembre 2020 offre la possibilité aux LHSS avec hébergement de proposer de nouvelles modalités de prise en charge facultatives : les LHSS « mobiles » et les LHSS « de jour ». Directement rattachés juridiquement à une structure LHSS avec hébergement et bénéficiant de la même autorisation de fonctionnement, les LHSS mobiles prennent en charge des personnes non hébergées au sein de la structure mais peuvent intervenir en amont ou en aval de l'admission au sein de ce dernier.

**Extrait du décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique »**

Le décret du 29 décembre 2020 ouvre de nouvelles modalités de prise en charge facultatives : les LHSS « mobiles » et les LHSS « de jour » (article D. 312-176-1 du code de l'action sociale et des familles). Il prévoit notamment les missions que peuvent assurer les équipes mobiles intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques :

- « proposer et dispenser aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques des soins médicaux et paramédicaux adaptés, réaliser des bilans de santé en tant que de besoin, participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique ;
- engager les actions nécessaires pour leur permettre de bénéficier d'un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir leurs droits ;
- assurer les échanges nécessaires pour garantir la prise en charge globale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques et favoriser leur orientation vers les établissements, services et professionnels adaptés à leur situation. »

Les LHSS mobiles permettent d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies et de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement, quelle que soit leur situation administrative. Ces derniers jouent un rôle d'interface avec les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social. Ils assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés. Les publics ciblés par ce dispositif sont des personnes :

- sans domicile fixe ou sans résidence stable ;
- en situation d'urgence sociale rencontrant des difficultés de santé, hébergées au sein des structures relevant de l'Accueil de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI) ou en Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) ;
- fréquentant des lieux d'accueil (accueils de jour, Centres Communaux d'Action Sociale - CCAS, centres de santé, etc.) ;
- en situation de grande précarité ou très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> Par exemple, des personnes vivant en bidonville, en campements, en squats, personnes en situation de grande précarité au sein de leur logement, personne vivant en logement insalubre ou dégradé, sortants de détention dans une perspective d'amorçage d'accompagnement médico-sociale ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)...

Les professionnels des LHSS peuvent intervenir : dans un périmètre géographique identifié dans le projet d'établissement, à la demande et en appui aux professionnels de santé, des gestionnaires et des structures accompagnant ou hébergeant des personnes en situation de précarité, (iii) dans le cadre de programmes mis en place par l'ARS.

En 2018, à l'échelle de la Région Bourgogne-Franche-Comté (BFC), le taux de pauvreté s'élevait à 12,9% et en 2017, la région comptait 12 261 personnes<sup>64</sup> ayant fait appel au moins une fois au 115 pour demander un hébergement en urgence. Malgré la protection sociale octroyée par la couverture médicale universelle ou l'aide médicale d'Etat, les sans domicile fixe ont peu recours aux services des médecins. Ce non-recours aux soins s'explique notamment par un refus ou une crainte d'aller voir un soignant, une négligence des symptômes et des traitements qui génèrent souvent une prise en charge tardive, en phase aigüe<sup>65</sup>

Au regard des besoins identifiés sur le territoire en termes de santé pour le public des personnes sans domicile fixe, l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté a développé son offre de LHSS dans la région en cohérence avec son Projet Régional de Santé et plus précisément du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Le PRAPS 2018-2023 de Bourgogne-Franche-Comté prévoit dans son objectif n°5 la prise en charge des personnes sans domicile fixe et des plus démunis par la création de LHSS supplémentaires.

## 14.8.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
Résultats obtenus	Les structures (LHSS avec hébergement et mobile) permettent-elles aux personnes les plus fragiles de bénéficier d'un accompagnement médico-social adapté et coordonné (social / sanitaire) et de faciliter leur insertion/réinsertion (devenir des personnes à la sortie) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description de la sélection des dossiers et du suivi des patients par les acteurs, difficultés rencontrées, leviers identifiés</li> <li>- Profil des personnes soumettant un dossier pour une place en LHSS et profil des personnes accueillies</li> <li>- Nombre de demandes ayant donné lieu à une place en LHSS ou au contraire, à un refus</li> <li>- Taux d'occupation des places en LHSS</li> <li>- Perceptions des acteurs (médicaux-sociaux et bénéficiaires) sur l'accompagnement médico-social proposé et les solutions offertes pour la suite de parcours</li> <li>- Part des personnes accompagnées en LHSS ayant une solution d'hébergement à la suite de leur passage</li> <li>- Perception sur les situations insuffisamment couvertes et les risques de rupture</li> <li>- Données sur le parcours de suite</li> </ul>
Appropriation	Les partenaires de l'ARS mobilisés autour des LHSS (porteurs de projets, réseau régional) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des acteurs sur le rôle des partenaires impliqués dans le déploiement du dispositif LHSS</li> <li>- Perception des acteurs sur le niveau de coordination et de partage d'information entre les acteurs impliqués dans le déploiement du dispositif LHSS et de la suite du parcours</li> </ul>

<sup>64</sup> Logement d'abord en Bourgogne Franche-Comté : tous concernés ! URL : <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/10/Argumentaire.pdf>

<sup>65</sup> BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, 2008/3 (Vol. 26), p. 5-34. DOI : 10.3917/sss.263.0005. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-3-page-5.htm>

## 14.9 eTICSS

### 14.9.1 Éléments de contexte

eTICSS (eTerritoire innovant coordonné santé social) est un projet de e-santé, initialement développé dans le cadre du programme « Territoire de soins numérique » (TSN), initiés en 2014<sup>66</sup>. Il visait à « *faire émerger, dans des territoires pilotes, des organisations innovantes de prise en charge des patients renforcées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients* »<sup>67</sup>. La région Bourgogne avait été retenue parmi les 5 territoires pilotes.

Le projet expérimental a été déployé dans le nord de la Saône-et-Loire, choisi parce qu'il disposait de nombreux dispositifs d'appui à la coordination et connaissait un dynamisme important en termes de développement de l'exercice coordonné. Le territoire couvrait une population de 350 000 habitants dont une part importante de plus de 75 ans<sup>68</sup>. Le programme visait en priorité les personnes âgées en perte d'autonomie, les patients souffrant d'une maladie chronique et les personnes handicapées.

Concrètement, eTICSS repose sur une plateforme numérique dédiée à la coordination pour les patients en situation complexe. La plateforme s'appuie sur la notion de cercle de soins qui définit la liste des professionnels impliqués dans le suivi du parcours et pouvant partager et / ou accéder aux informations sur ce parcours, selon leurs habilitations respectives. Elle est organisée en différentes fonctionnalités de coordination.

**Figure 28 – Schéma synthétique des fonctions de coordination**



Source : SRS, adapté de l'ANAP document *Système d'information territorial pour le parcours et la coordination*

eTICSS permet également de produire des analyses sur les prises en charge et les patients inclus (vue populationnelle). L'analyse de ces données « populationnelles » offre une possibilité de mieux identifier les enjeux de prévention, les pistes d'amélioration des prises en charge et les éventuelles particularités entre territoires, ainsi que l'amélioration des pratiques (qualité).

L'ensemble de ce travail constitue le « socle » eTICSS. Ces fonctionnalités peuvent ensuite être déployées et / ou adaptées en fonction de chaque projet, qui peut porter sur un parcours de santé ou

<sup>66</sup> A travers le programme d'investissements d'avenir (PIA)

<sup>67</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>

<sup>68</sup> Source : SRS, focus sur eTICSS



pour une prise en charge spécifique. Les nouveaux parcours créés constituent des « modules » spécifiques, intégrés au socle eTICSS.

Le SRS 2018-2023 a permis de pérenniser et généraliser le programme, à travers l'axe 5 « Développer la e-santé » et plus particulièrement l'objectif 3 : « *Etendre au-delà des patients les plus complexes et généraliser eTICSS sur tout le territoire régional* ». Cette nouvelle phase de déploiement repose sur 4 axes :

- l'extension de l'utilisation de la plateforme à l'ensemble des structures de coordination régionale et l'amélioration de sa robustesse à travers la multiplication des contextes d'utilisation et les retours utilisateurs ;
- le développement de modules de spécialité clinique pour répondre aux objectifs des parcours de patients atteints de pathologies chroniques, et ainsi éviter la multiplication des dossiers ;
- la fluidification des relations entre professionnels et patient/professionnel en intégrant tous les partages d'informations entre les acteurs, en lien avec le DMP, dans des outils d'échange instantanés sécurisés ;
- la mise en place des outils de repérage et d'analyse de patientèle.

En 2022, plusieurs parcours et projets ont été déployés ou sont en cours de déploiement : parcours diabète, cancer, maladies neurologiques, santé mentale, cardiologie, espace médical nutrition et obésité (EMNO), périnatalité, précarité, développement de l'enfant, personnes handicapées...

### 14.9.2 Questionnements évaluatifs

	Question évaluative	Indicateur / source
<b>Résultats obtenus</b>	Quels sont les différents usages de la plateforme eTICSS ? En quoi permet-elle de répondre à des besoins qui n'étaient pas couverts pour les professionnels ? Quels sont les besoins qui restent non ou insuffisamment couverts ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des différents usages pour les 3 projets</li> <li>- Perception des professionnels sur les besoins préexistants ou non, couverts par la plateforme</li> <li>- Perception des professionnels sur les besoins (nouveaux ou anciens) non couverts à ce stade, développements attendus et pistes de travail pour renforcer la coordination autour du parcours patient</li> </ul>
	Dans quelle mesure permet-elle d'accompagner des changements de pratique vers plus de coordination, dans une logique de parcours des patients ? Quelle est la plus-value apportée aux patients ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des professionnels sur les risques de rupture de parcours mieux couverts depuis l'utilisation d'eTICSS, sur les risques persistants</li> <li>- Perception des professionnels sur les prochaines étapes de développement ou les modules à envisager pour mieux coordonner les pratiques</li> <li>- Perception sur les difficultés persistantes pour une utilisation optimale par l'ensemble des acteurs, sur les leviers à mobiliser</li> <li>- Mise en perspective des forces et faiblesses pour les trois projets</li> </ul>
	La méthode de travail et l'appui sur l'outil numérique permettent-ils de faciliter la réflexion sur la structuration des pratiques de coordination ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception des professionnels sur le rôle de l'outil informatique pour modifier des pratiques de coordination</li> <li>- Perception sur les difficultés engendrées et sur la plus-value par rapport à un autre fonctionnement</li> <li>- Perception des professionnels sur le rôle du numérique et de l'outil dans l'enclenchement d'un travail sur la formalisation des processus / logigramme</li> <li>- Mise en perspective des forces et faiblesses pour les trois projets</li> </ul>

	Question évaluative	Indicateur / source
<b>Appropriation</b>	Les partenaires de l'ARS mobilisés autour de la mise en œuvre des e-parcours (DAC, CPTS, PTA, autres structures de coordination autour des parcours des patients) connaissent-ils et adhèrent-ils aux priorités fixées dans le PRS ? Contribuent-ils à sa réussite ?	- Perception des acteurs sur les objectifs du PRS vis-à-vis du déploiement d'eTICSS, adhésion à l'objectif

## 14.10 Glossaire

Abréviation et acronymes	Signification
<b>ACI</b>	Accord conventionnel interprofessionnel
<b>ADTSU</b>	Association départementale de transport sanitaires d'urgences
<b>ALD</b>	Affection longue durée
<b>Anses</b>	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
<b>APA</b>	Activité physique adaptée
<b>APA</b>	Allocation personnalisée autonomie
<b>APS</b>	Activité physique et sportive
<b>APSA</b>	Activité physique et sportive adaptée
<b>ARM</b>	assistant de régulation médicale
<b>BFC</b>	Bourgogne-Franche-Comté
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CDSEI</b>	Comités Départementaux de Suivi de l'Ecole Inclusive
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CLSM</b>	Conseil local en santé mentale
<b>COS</b>	Cadre d'orientation stratégique
<b>CPTS</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé
<b>CRRA / CRRA-15</b>	Centre de réception et de régulation des appels
<b>CTSM</b>	Contrat Territorial de Santé Mentale
<b>DAC</b>	Dispositif d'appui à la coordination
<b>DCC</b>	Dossier communicant de cancérologie
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DMP</b>	Dossier médical partagé
<b>DPI</b>	Dossier patient informatisé
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMG</b>	Equipe mobile gériatrique
<b>EMNO</b>	Espace Médical Nutrition et Obésité
<b>EPP</b>	Entretien prénatal précoce
<b>eTICSS</b>	eTerritoire innovant coordonné santé social
<b>ETP</b>	Education thérapeutique du patient
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>GH</b>	Groupement hospitalier
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>INCa</b>	Institut national du Cancer
<b>IPEP</b>	Incitation à une prise en charge partagée

Abréviation et acronymes	Signification
<b>LHSS</b>	Lit halte soins santé
<b>MSS</b>	Maison sport santé
<b>PAERPA</b>	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
<b>PASS</b>	Parcours d'accompagnement sport santé
<b>PIA</b>	Programme d'investissements d'avenir
<b>PIAL</b>	Pôle inclusif d'accompagnement localisé
<b>PNSS</b>	Programme National Nutrition Santé
<b>PRAPS</b>	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>PTA</b>	Plateforme territoriale d'appui
<b>PTSM</b>	Projet territorial en santé mentale
<b>REPOPOP</b>	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
<b>ROR</b>	Répertoire opérationnel des ressources
<b>RSS</b>	Réseau sport santé
<b>SAP</b>	secours à personne
<b>SESSAD</b>	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
<b>SIA</b>	Système d'Information Ambulancier
<b>SIH</b>	Système d'information hospitalier
<b>SISA</b>	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
<b>SRS</b>	Schéma régional de santé
<b>SSR</b>	Soins de suite et de rééducation
<b>TSA</b>	Troubles du spectre de l'autisme
<b>TSN</b>	Territoire de soins numérique
<b>TSU</b>	Transport sanitaire urgent
<b>UMAD</b>	Unité mobile ambulancière dédiée
<b>UPH</b>	Urgence préhospitalière
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée



19, villa Croix-Nivert - 75015 Paris – Tél. : 01 80 05 16 05

[www.planetepublique.fr](http://www.planetepublique.fr)