

LA SANTE POUR TERRITOIRE

PROJET D'AGENCE DE L'ARS BOURGOGNE FRANCHE-COMTE 2016-2018

Contenu

1	Première partie : les défis auxquels est confronté le système de santé en Bourgogne-Franche-Comté, la réponse de l'ars.....	3
1.1	Les défis auxquels est confronté le système de santé en région Bourgogne Franche-Comté, les réponses innovantes déjà mises en œuvre	3
1.2	Des réponses innovantes déjà mises en œuvre.....	9
1.3	Des orientations stratégiques fortes et renouvelées.....	10
1.4	Des orientations qui se traduisent dans 9 projets prioritaires et 12 parcours Bourgogne – Franche-Comté.....	12
2	Deuxième partie : Expertise, transversalité, partenariat dans les territoires : un fonctionnement modernise.....	17
2.1	Le positionnement de l'ARS BFC, l'évolution de ses missions et ses orientations stratégiques	17
2.2	Une organisation qui identifie les responsabilités à l'intérieur comme à l'extérieur et permet le renforcement de l'expertise.....	18
2.3	Une forte capacité d'action de l'agence dans les territoires en partenariat avec les acteurs du système de santé.....	20
2.4	Une organisation qui promeut la transversalité à travers une gestion structurée des projets stratégiques	28
3	Troisième partie : Management, gestion des ressources humaines, implantations immobilières, dialogue social : un cadre de travail efficace et motivant.....	31
3.1	Un management rénové pour développer les responsabilités à tous les niveaux.....	31
3.2	Une gestion des ressources humaines permettant le renforcement des compétences	33
3.3	Un cadre de travail facilitateur	35
3.4	Un dialogue social approfondi.....	38
3.5	Une communication adaptée	39
	ANNEXES.....	40
	Annexe 1 : Cartographie de la Bourgogne-Franche-Comté.....	41
	Annexe 2 : Récapitulatif du pilotage des projets stratégiques.....	44
	Annexe 3 : Les directions de l'ARS BFC.....	46

1 PREMIERE PARTIE : LES DEFIS AUXQUELS EST CONFRONTE LE SYSTEME DE SANTE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE, LA REPONSE DE L'ARS

En Bourgogne-Franche-Comté comme dans le reste du pays, le système de santé est confronté aux défis du vieillissement de la population et à la montée des maladies chroniques. Pour y répondre, des évolutions fortes sont nécessaires. Il s'agit de développer la coordination et l'accompagnement dans les parcours de soins, mais aussi et surtout la prévention, la promotion de la santé, et d'accroître la part des prises en charges en ville et à domicile. De nombreuses innovations engagent déjà la grande région dans cette voie et constituent un point d'appui précieux. Ces réussites doivent inspirer l'action de l'ARS, dont la contribution potentielle est importante si elle agit d'abord comme facilitateur avec l'Assurance Maladie, en soutenant avec les collectivités locales, les initiatives des professionnels.

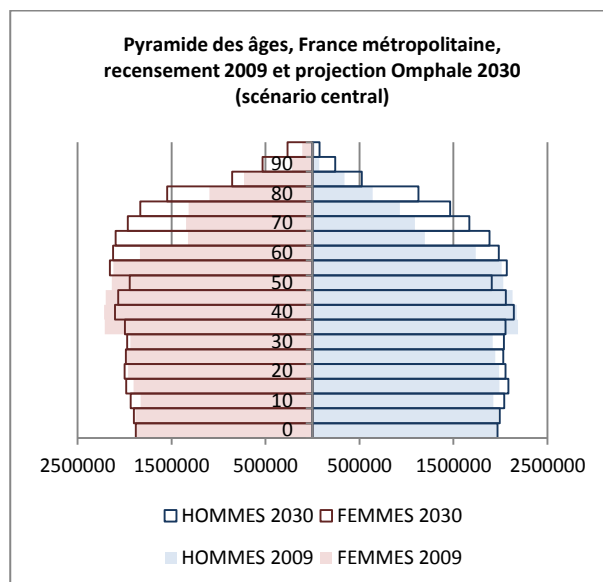
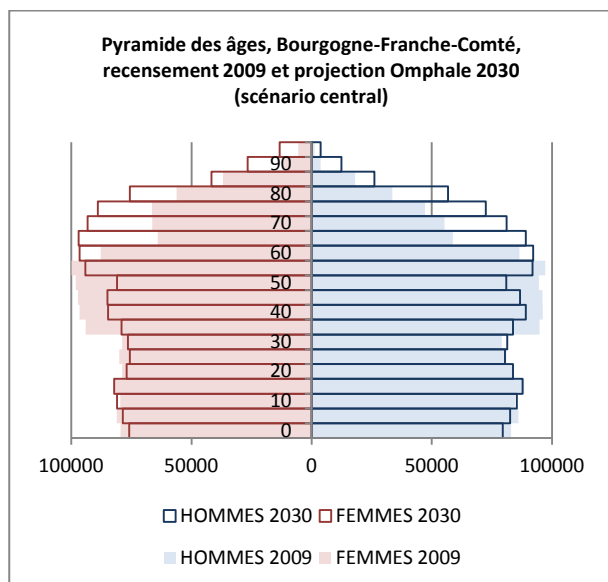
1.1 Les défis auxquels est confronté le système de santé en région Bourgogne Franche-Comté, les réponses innovantes déjà mises en œuvre

Comptant respectivement 1,64 million et 1,17 million d'habitants, la Bourgogne et la Franche-Comté étaient deux petites régions qui ont fusionné pour constituer un ensemble de 2,8 millions d'habitants, soit 4,4 % de la population métropolitaine, répartis sur une superficie de près de 48 000 km² dont les deux tiers sont situés dans l'ancienne Bourgogne. La nouvelle région se situe ainsi dans un groupe de 5 régions moyennes (qui, outre la Bourgogne-Franche-Comté, comprend : la Bretagne, le Centre, la Normandie et les Pays de la Loire) qui ont entre 2,7 et 3,3 millions d'habitants. La nouvelle région est vaste : en termes de superficie elle se situe au cinquième rang. La nouvelle région est donc peu dense avec 59 habitants au km², contre 117 en moyenne nationale.

111 Le défi du vieillissement

La région présente une pyramide des âges similaire à celle de la population métropolitaine, avec un taux de personnes âgées de plus de 75 ans autour de 10 %, soit un point de plus que la moyenne nationale. Le vieillissement de la population n'est pas homogène sur le territoire et la partie de la nouvelle région située à l'est d'une ligne Dijon-Mâcon apparaît plus dense, plus jeune et plus dynamique d'un point de vue démographique que la zone située à l'ouest.

Les projections de population à horizon 2030 montrent une évolution de 4,5 % de la population de la nouvelle région par rapport à 2011. Cette progression sera plus importante pour les personnes de 60 ans et plus (21,5 %) et pour les personnes au-dessus de 85 ans (24,6 %), signe d'un vieillissement important de la population. La part des personnes âgées de 85 ans et plus pourrait passer entre 2009 et 2030 de 2,7% à 4,2% en Bourgogne-Franche-Comté (de 2,4% à 3,6% en France métropolitaine).

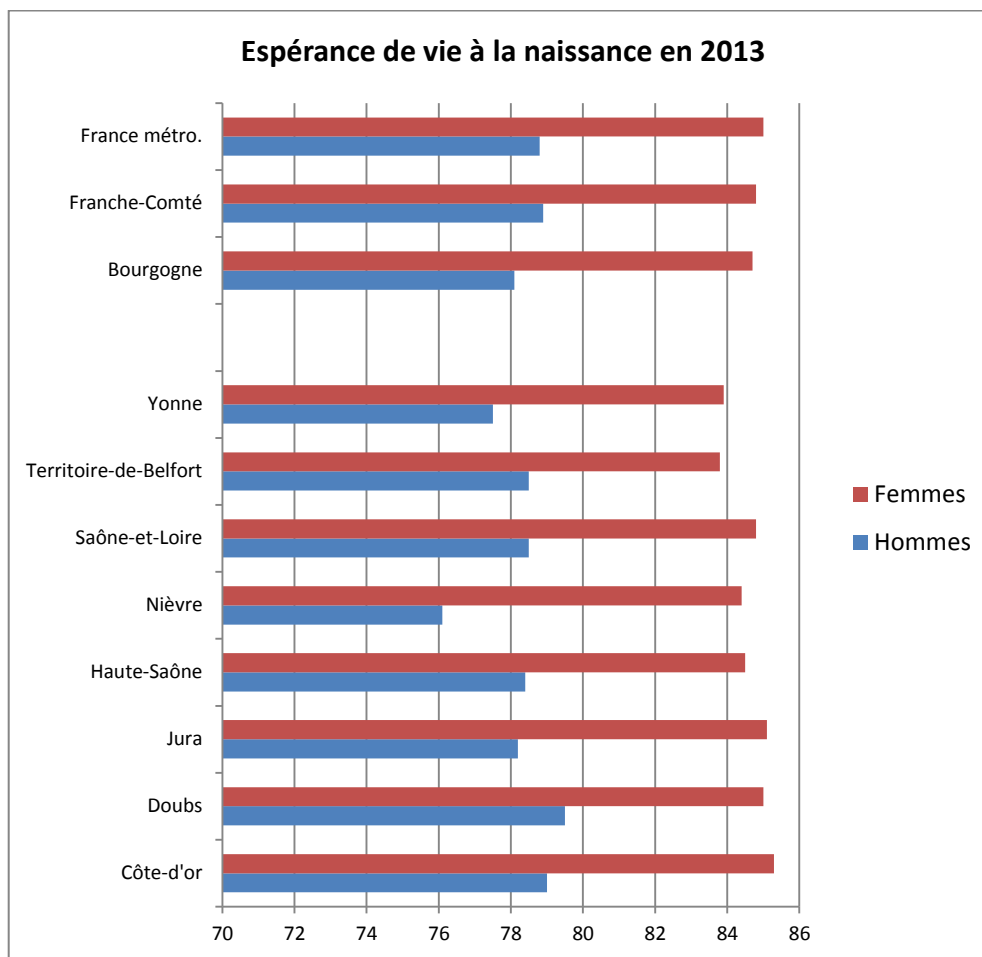


La croissance de la population âgée dépendante

Deux études menées en partenariat avec l'Insee par les ex-ARS de Bourgogne et de Franche-Comté pour évaluer l'évolution de la population âgée dépendante entre 2014 et 2020 ont permis d'estimer la moyenne annuelle d'évolution de cette population dépendante à 1400 pour la Bourgogne-Franche-Comté, soit 2 % d'évolution annuelle. La population âgée dépendante approcherait les 85 000 habitants pour la grande région en 2020, en progression de 12% par rapport à 2014.

112 Le défi des maladies chroniques

En lien avec le vieillissement, la région connaît un développement de la prévalence des maladies chroniques. L'espérance de vie similaire entre les deux régions est proche de la donnée métropolitaine (78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes), mais avec des disparités départementales : l'espérance de vie des hommes dans la Nièvre est inférieure de 2 ans à la moyenne régionale. La mortalité prématurée apparaît plus importante en Bourgogne pour les hommes et les femmes, qu'en Franche-Comté ; les principales causes expliquant ces écarts sont les maladies liées à la consommation d'alcool. Les taux d'inscription en affection longue durée (ALD) sont également proches de la moyenne nationale dans les deux régions, avec un taux un peu supérieur pour la Bourgogne, mais avec une évolution des admissions plus importante en Franche-Comté ces dernières années (15 % contre 10 %), témoignant d'une évolution des maladies chroniques ou de leur déclaration.



En Bourgogne-Franche-Comté, les principales causes de décès sont les cancers (7 500 décès par an) et les maladies de l'appareil circulatoire (7 600 décès par an) qui sont à l'origine de plus de la moitié des décès ; ces pathologies constituent donc des priorités de santé publique pour notre région.

La mortalité masculine par cancer est plus de deux fois supérieure à celle des femmes. Le taux de mortalité par cancers dans la région est semblable au taux national (235 / 100 000 habitants). À l'échelle cantonale, les écarts sont marqués ; les taux varient de 170 à 300 pour 100 000 habitants.

Si la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est en baisse depuis le début des années 80, la diminution observée au niveau national n'a pas été aussi forte en région, d'où une surmortalité observée (+ 4,5 %) en Bourgogne-Franche-Comté.

La région présente également une surmortalité par suicide comparativement au niveau national, depuis de nombreuses années. Si le nombre de décès paraît faible (560 par an), c'est sans compter le nombre de tentatives de suicide estimé à plus de 6 000 pour toute la région. Le profil des personnes ayant fait une tentative de suicide (le plus souvent des femmes et des personnes relativement jeunes) diffère de celui des personnes décédées par suicide (pour près de 3/4 des hommes et pour 1/4 des personnes de plus de 65 ans). Là aussi, certaines zones sont plus exposées que d'autres et les analyses montrent que les localisations sur-représentées de décès par suicide ne correspondent pas à celles des tentatives de suicide.

En Bourgogne-Franche-Comté, si le taux de prise en charge pour les affections de longue durée (ALD) est globalement moins élevé qu'au niveau national, il existe néanmoins des exceptions notables : la région présente une prise en charge plus importante qu'au niveau national pour les traitements psychotropes ou pour les maladies cardio-neuro-vasculaires. Pour le risque vasculaire, le diabète et les maladies psychiatriques, la prise en charge est plus élevée en Bourgogne.

Les inscriptions en ALD permettent par ailleurs de mesurer l'enjeu des maladies chroniques : selon le rapport sur l'évolution des charges et produits présenté au Premier ministre en juillet 2015 par la Caisse nationale d'assurance maladie, elles concernent en Bourgogne-Franche-Comté 358 800 personnes traitées pour un risque cardio-vasculaire (hors pathologies) et 168 700 pour des maladies cardio-neurovasculaires, 136 000 personnes prises en charge pour leur diabète, 115 400 personnes atteintes d'un cancer et 79 400 souffrant de maladies psychiatriques. A l'échelle nationale, la prise en charge de ces maladies est à l'origine du quart des dépenses d'assurance maladie tous régimes confondus :

- 10,2 % pour les cancers (tous cancers confondus, qu'ils soient actifs ou sous surveillance),
- 8,8 % pour les maladies cardio-neurovasculaires (mais cette estimation confond le coût des formes aiguës et des formes chroniques de ces pathologies),
- 5,2 % pour le diabète,
- 4,2 % pour la prévention du risque cardiovasculaire (2,9 % par antihypertenseurs et 1,3 % par hypolipémiants).

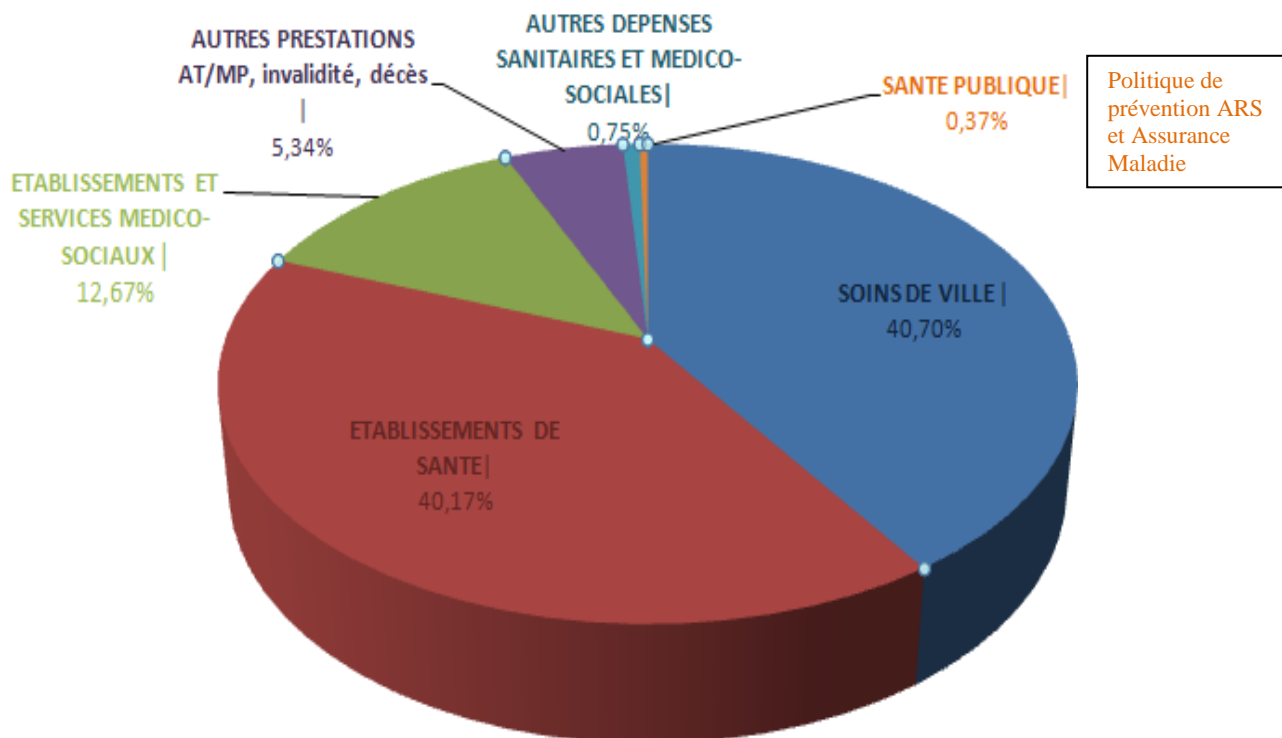
De nombreux facteurs influencent l'apparition des cancers et des maladies cardiovasculaires : ils sont d'ordre génétique, comportemental (consommation de tabac, alcool, alimentation, sédentarité...) ou environnemental (produits chimiques, radiations ionisantes...). La Bourgogne-Franche-Comté présente une surmortalité imputable à l'alcool (+4 %) par rapport à la France avec une géographie contrastée à l'intérieur de la région ; on estime à 2 600 le nombre annuel de décès attribuables à l'alcool, dont près de 40 % survenus avant 65 ans. Les maladies induites sont principalement des cancers (760 décès) et maladies cardiovasculaires (650 décès). Les décès par maladies du système digestif (375 décès), certaines morts violentes (440 décès) comme les décès par accidents, les suicides ou homicides et les décès liés à des troubles mentaux et comportementaux (50) ont aussi pour origine une consommation d'alcool excessive.

Concernant les déterminants de santé environnementaux, la proportion d'unités de distribution d'eau potable présentant des non-conformités microbiologiques est plus élevée en Franche Comté (17,1 %) qu'en Bourgogne (7,7 %). Ces non-conformités concernent respectivement 6,7 % et 2 % de la population. La Bourgogne-Franche-Comté est également marquée par les déterminants environnementaux suivants : 5 départements sont classés à risque radon (3 en Franche-Comté et 2 en Bourgogne), une surincidence de la légionellose plus de 2 fois supérieure à la moyenne nationale, une extension de l'ambrosie sur l'ensemble du territoire mais particulièrement marquée sur les départements du sud de la grande région.

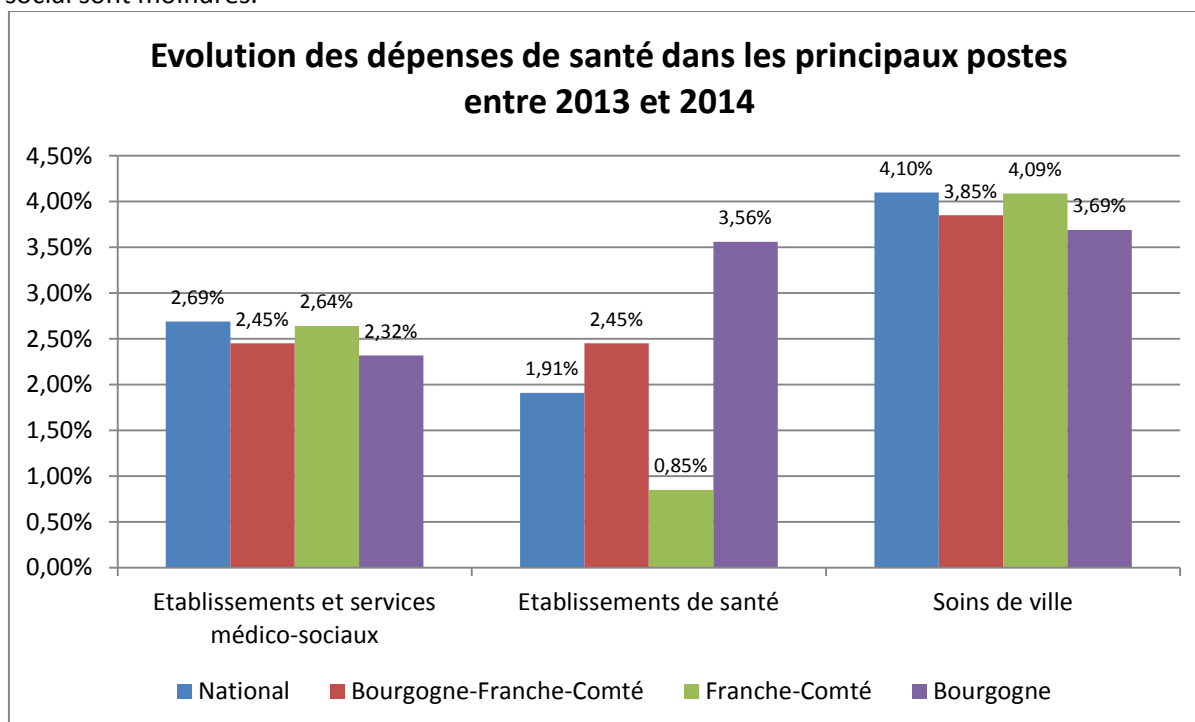
1.1.1. Des soins de santé diversifiés mais une fragilité de la démographie médicale

En termes de dépenses de santé, ce sont en tout 8,2 milliards d'euros de dépenses financées par des prélèvements obligatoires (correspondant à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ONDAM) qui ont été engagés en 2014 pour la prise en charge des habitants de Bourgogne-Franche-Comté, soit 2 921 euros par habitant de la nouvelle région contre 3 081 euros à l'échelle nationale. La Bourgogne-Franche-Comté représente donc 4,2 % des dépenses nationales pour une population représentant 4,4 % de la population nationale. Les soins de ville et les versements aux établissements de santé sont à parité avec pour chacun de ces postes 3,3 milliards d'euros engagés soit 1 175 euros par habitant. Les versements aux établissements et services médico-sociaux s'élèvent à 1 milliard d'euros, soit 356 euros par habitant. Les autres dépenses (prestations AT/MP, invalidité, décès, autres dépenses sanitaires et médicosociales ou dépenses de santé publique) représentent un peu plus de 200€ par personne.

Répartitions des dépenses de santé en Bourgogne-Franche-Comté en 2014 par enveloppes



L'évolution des dépenses de santé en Bourgogne-Franche-Comté en 2014 s'est faite au même rythme que la moyenne nationale (+3,05% par rapport à 2013 contre +2,98% en France entière). La région se distingue de la moyenne nationale dans le détail des postes : l'évolution des versements aux établissements de santé est plus importante en Bourgogne-Franche-Comté, les dépenses dans les champs ambulatoire et médico-social sont moindres.



Concernant l'offre de santé, nos deux régions se rapprochent sur leur densité en professionnels de santé, qui est malheureusement inférieure, voire bien inférieure, suivant la profession, à la moyenne nationale, et en particulier concernant les médecins spécialistes, dont la densité est de 145 pour 100 000 en Franche Comté et de 146 en Bourgogne, contre 183 en France métropolitaine. C'est notamment le cas en cardiologie, neurologie, psychiatrie, pneumologie et radiologie. Pour la médecine générale, l'atlas de la démographie médicale publié en 2015 par le Conseil national de l'ordre des médecins propose un bilan très contrasté pour la nouvelle région : sa partie franc-comtoise est parmi 22 régions celle qui a vu les effectifs en généralistes libéraux ou mixtes décroître le moins depuis 2007 (-3,6%) tandis que la Bourgogne connaît la troisième plus forte baisse avec -13,7%. Dans les deux cas, le Conseil national de l'ordre s'attend, si rien n'est fait, à ce que la baisse des effectifs se prolonge avec -8% supplémentaires en Bourgogne d'ici 2020 et -3% pour la Franche-Comté. Tant pour l'ambulatoire que pour l'hospitalier, un des enjeux de la nouvelle région sera donc d'attirer et de conserver des professionnels de santé sur son territoire.

**Densité régionale des médecins généralistes libéraux et mixtes
Evolution entre 2007 et 2015**

Région	Densité 2007	Densité 2015	Variation
Languedoc-Roussillon	118,6	107,7	-9,20%
PACA	126,6	106,9	-15,60%
Limousin	117,5	102,4	-12,90%
Aquitaine	112,7	100,1	-11,20%
Midi-Pyrénées	109,7	96,6	-11,90%
Alsace	100,8	95,5	-5,30%
Corse	99,5	94,2	-5,30%
Franche-Comté	97,8	92	-5,90%
Nord-Pas-de-Calais	104,3	90,2	-13,50%
Poitou-Charentes	103,8	89,2	-14,10%
Rhône-Alpes	95,2	88,8	-6,70%
Auvergne	100,2	88	-12,20%
Bretagne	95,8	87,9	-8,20%
Lorraine	96,8	85	-12,20%
Pays-de-la-loire	89,7	83,7	-6,70%
Champagne-Ardenne	95,9	81,6	-14,90%
Haute-Normandie	91,8	80,8	-12,00%
Basse-Normandie	88,5	79,9	-9,70%
Bourgogne	93,8	78,6	-16,20%
Picardie	88,8	75,8	-14,60%
Centre	86,8	73,4	-15,40%
Ile-de-France	88,7	73	-17,70%

Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale 2015

Les taux d'équipement en lits et places sanitaires des deux régions sont proches et peu éloignés de la moyenne nationale, à l'exception de la médecine, pour laquelle la Bourgogne présente un taux supérieur (2,6 pour 1000 habitants contre 2,1 en Franche-Comté). Les deux régions se distinguent également par le poids du secteur privé et le nombre d'établissements, plus importants en Bourgogne qu'en Franche-Comté.

Dans le champ de la perte de l'autonomie et plus précisément celle liée à l'âge, la Bourgogne, avec 120 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus devance très nettement la Franche-Comté (84 lits) en termes de taux d'équipement en Ehpad (cf. annexe 6 - Ehpad). Si la Franche-Comté apparaît en-dessous de la moyenne nationale (95 lits), la Bourgogne se situe au-dessus.

La Franche-Comté est quant à elle mieux dotée en services de soins à domicile avec un taux d'équipement de 22,5 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, qui dépasse les moyennes bourguignonne (19,2) et nationale (20).

Enfin, l'offre en établissements et services pour les enfants en situation de handicap est mieux développée dans la nouvelle région qu'au niveau national. La partie franc-comtoise présente des taux d'équipements plus importants que la partie bourguignonne. L'offre dédiée aux adultes en situation de handicap dans la nouvelle région est également plus favorable qu'à l'échelle nationale.

Qu'il s'agisse du champ sanitaire ou médico-social, la réponse de l'offre aux besoins de la population ne peut toutefois pas s'apprécier qu'en termes de taux d'équipement global : la question de la proximité est également à considérer. Or, la Bourgogne-Franche-Comté est très étendue et sa population inégalement répartie sur un territoire globalement peu dense et très peu dense dans sa moitié ouest, moitié dans laquelle la proportion de personnes âgées est plus élevée. La question de l'accès des populations rurales notamment vieillissantes aux services de santé est donc un enjeu majeur.

1.2 Des réponses innovantes déjà mises en œuvre

1.2.1. Des progrès importants dans le renforcement et la structuration des soins primaires

En matière d'exercice coordonné des professionnels de santé libéraux, la Bourgogne-Franche-Comté occupe une place de choix au sein du paysage national. Ainsi, fin 2015, le territoire interrégional comptait 88 maisons de santé pluri professionnelles (MSP) : 39 en Franche-Comté, 49 en Bourgogne. A ce déploiement s'ajoute la dynamique locale portée par des réseaux de proximité et/ou plateformes de coordination sur les champs de l'obésité et de l'activité physique, de l'éducation thérapeutique du patient, de la santé mentale, des addictions et de l'accompagnement médico-social.

En réponse à la répartition inégale des professionnels sur les territoires, les transferts de compétence en ambulatoire se développent dans les deux régions, dont un dispositif itinérant de dépistage de la rétinopathie diabétique commun à la Bourgogne et la Franche-Comté. De manière générale, l'e-santé accompagne étroitement les soins de ville, de la télémédecine aux outils numériques partagés.

L'innovation s'exprime aujourd'hui par des expérimentations permettant de faire évoluer les missions de certaines MSP vers la prise en charge des consultations non programmées, des petites urgences et la formation des professionnels. Les MSP et pôles de santé sont devenus des terrains d'expérimentation en télémédecine, en se rapprochant de la recherche et de l'enseignement, à l'image de l'ouverture fin 2014 de la première maison de santé universitaire en Bourgogne. L'ARS se saisit par ailleurs pleinement des enjeux de démographie médicale et de répartition des professionnels de santé sur le territoire *via* le Schéma régional des ressources humaines en santé (**cf partie 1.4**).

1.2.2. Des recompositions hospitalières bien engagées

Depuis cinq ans, le paysage hospitalier en région évolue, à la fois pour répondre aux problématiques de ressources, et pour interroger les pertinences des prises en charge et accompagner pleinement le « virage ambulatoire », soutenu par le développement conjoint de l'hospitalisation à domicile, de la chirurgie ambulatoire et de la médecine ambulatoire.

La Bourgogne a suivi une stratégie territoriale, organisant les coopérations autour des six territoires de soins hospitaliers, préfigurant ainsi l'approche des GHT. Sur chaque territoire de soins, des projets ont été structurés autour d'une direction commune de plusieurs établissements et de l'identification d'un centre de recours. Plus spécifiquement, des réorganisations ont été engagées en biologie hospitalière et autour de la filière gériatrique. Dans le même temps, la Franche-Comté a développé une logique de gradation des soins sur son territoire de santé unique. Cela s'est traduit par la création de fédérations médicales inter hospitalières (FMIH) régionales en oncologie, radiothérapie et neurologie, ainsi que par des initiatives de mutualisation entre établissements hospitaliers, jusqu'à des opérations de fusion comme la constitution des CHI de Haute-Saône et de Haute-Comté.

1.2.3. Le développement de l'approche parcours de santé

Ces dernières années, la notion de parcours s'est imposée en réponse à la progression des maladies chroniques et à la nécessaire évolution du système de santé vers une prise en charge plus complète de l'individu. Privilégiant une approche globale et continue, au plus près des lieux de vie des usagers, les parcours s'articulent autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, reposant ainsi sur l'intervention de multiples acteurs. L'ambition est claire : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

La Bourgogne comme la Franche-Comté ont, chacune à leur manière, impulsé des logiques transcendant les champs de la prévention, des soins et du médico-social pour appréhender la prise en charge des patients dans toutes ses composantes.

Au regard des enjeux de santé et d'articulation de l'offre identifiés dans la région, l'ARS BFC met en place 12 parcours de santé, populationnels ou par maladie. Travaillés à partir des points de rupture identifiés, les principaux leviers d'action résident dans la structuration de filières complètes et d'un maillage territorial fin autour du premier recours. (cf partie 1.4).

1.3 Des orientations stratégiques fortes et renouvelées

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté mettra en œuvre durant la période 2016-2018 des orientations et dispositions de la loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Les dispositions de la loi et des textes réglementaires permettront d'amplifier les actions engagées au titre des deux projets régionaux de santé (PRS) et dans le cadre du plan triennal 2015-2017 pour l'efficacité et la performance du système de santé. Les objectifs opérationnels correspondants ont été inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2016 -2018 signé le 29 juillet 2016 par le Secrétaire Général pour les Ministères Sociaux et le Directeur Général de l'agence. Dans ce cadre, l'agence mettra en œuvre 4 orientations majeures :

Orientation 1 : Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé

La prévention et la promotion de la santé, ainsi que la prise en compte des déterminants de santé, sont des leviers majeurs de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. L'action de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, en étroite coordination avec ses partenaires et en particulier dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques, doit permettre de réaffirmer la priorité donnée à la prévention. Cette dynamique est renforcée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement qui prévoit la mise en place, dans chaque département, d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

La prévention doit s'inscrire dans une approche globale de la santé, avec des actions ciblées par populations (jeunes, femmes, personnes âgées et handicapées, personnes en situation de pauvreté...), milieux de vie (travail, école, activités physiques...) et par risques.

Les risques environnementaux doivent faire l'objet d'une attention particulière, tant sur le plan de la lutte contre les facteurs de risque que sur le plan de la veille et de la sécurité sanitaire.

Orientation 2 : Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès

La prise en charge des patients est encore insuffisamment coordonnée entre l'ensemble des acteurs de la ville, de l'hôpital et du secteur médico-social, malgré la mise en place progressive d'une politique de parcours dans les territoires. L'action de l'ARS doit permettre de généraliser la mise en œuvre opérationnelle de ces parcours, structurés autour d'une offre de premier recours consolidée par la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé, en favorisant le développement des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes.

En complément, la constitution, dans chaque territoire, de groupements hospitaliers de territoires, doit contribuer à la définition d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. L'ARS BFC devra veiller à accompagner les établissements dans leurs travaux de mise en commun autour d'un projet médical partagé.

La mise en œuvre des parcours doit s'accompagner d'un virage ambulatoire qui favorisera les prises en charge courtes plutôt qu'en hospitalisation complète et, chaque fois que possible et à niveau de prestation équivalente, à favoriser les prises en charge hors établissement notamment par la médecine de ville. L'ARS Bourgogne-Franche-Comté accompagnera les établissements de santé dans les changements profonds et rapides que nécessite le développement de ces prises en charge ambulatoires. Les efforts en matière de qualité et de sécurité des prises en charge devront également être poursuivis.

Orientation 3 : Approfondir la démocratie en santé

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté doit renforcer son partenariat et le dialogue avec l'ensemble des parties prenantes : les usagers, les acteurs institutionnels, les professionnels de santé et leurs représentants, les établissements sanitaires et médico-sociaux et les élus des collectivités territoriales dans le cadre des instances de démocratie sanitaire « officielles ». En parallèle, pour une démocratie en santé renforcée au sein des territoires, elle doit également explorer de nouvelles formes de participation citoyenne. C'est dans l'interaction entre ces deux formes de démocratie (représentative et participative) qu'émergeront les propositions les plus pertinentes issues de la société civile. La mise en œuvre des conseils territoriaux de santé actera cette volonté de proximité.

Orientation 4 : Faire progresser l'efficacité du système de santé en maîtrisant les coûts

Dans un contexte de taux d'évolution de l'ONDAM historiquement bas (2,05% en 2015, 1,75% en 2016 et 1,75% en 2017), l'ARS Bourgogne-Franche-Comté contribuera à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie tout en s'assurant que les économies réalisées ne se traduisent pas par l'émergence de déficits hospitaliers dans le secteur public, en renforçant le suivi et l'accompagnement des établissements en difficulté financière (ainsi que l'anticipation des éventuelles dégradations), en accompagnant les établissements de santé dans la modernisation de leur organisation et l'optimisation de leur performance et en veillant à la maîtrise de la masse salariale.

Dans ce contexte budgétaire contraint, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté veillera à la bonne gestion de ses ressources humaines et financières. Sur le plan de la gestion des ressources humaines en particulier, elle sera attentive d'une part à adapter les compétences aux évolutions des missions et des modes d'intervention et d'autre part à poursuivre les efforts en matière d'amélioration de la qualité de vie professionnelle et de prévention des risques psychosociaux, dans le cadre d'un dialogue social exemplaire.

1.4 Des orientations qui se traduisent dans 9 projets prioritaires et 12 parcours Bourgogne - Franche-Comté

Pour assurer la mise en œuvre de ces orientations, 9 projets prioritaires ont été identifiés pour la période mi 2015-fin 2017. De nature et temporalités distinctes, ces projets ont vocation à accompagner la mise en place de la nouvelle agence et la fédération des équipes autour d'un collectif de travail, assurant la transition vers l'adoption du PRS 2^e génération en janvier 2018. Le projet prioritaire d'amélioration des parcours de santé regroupe, quant à lui, 12 parcours de santé.

1.4.1. Neuf projets prioritaires

Les travaux de diagnostic conduits au premier trimestre 2015 ont permis l'émergence de projets considérés comme particulièrement structurants pour la construction de la future agence, au sens où la conjugaison des efforts et la mutualisation des compétences vont permettre d'améliorer fortement les résultats. Ces projets ne couvrent pas l'intégralité des missions et activités de l'agence mais ils sont des éléments indispensables à l'atteinte des objectifs du CPOM 2016-2018. En particulier, ne sont pas évoquées ici les actions relatives à la veille et sécurité sanitaire qui sont mises en œuvre selon les cas, en lien ou sous l'autorité directe des préfets. En avance de phase, ces projets ont démarré à la fin de l'été 2015 afin d'opérer la convergence entre les stratégies et les modes opératoires franc-comtois et bourguignons.

L'élaboration et la mise en œuvre du Plan régional santé environnement 3 (PRSE 3)

Le PRSE 3 doit mobiliser les collectivités territoriales, associations, services de l'Etat et entreprises autour des préoccupations de santé environnementale. Son élaboration est conjointement assurée par l'Etat et ses services déconcentrés, l'ARS et le conseil régional. Le plan vise 3 objectifs généraux : améliorer la santé des populations et en priorité des publics jeunes et des publics vulnérables vis-à-vis des facteurs environnementaux à risque ; élaborer et mettre en œuvre une politique de prévention ambitieuse et cohérente ; mobiliser les acteurs de territoires tant régionaux que locaux. Dès mi-2017, le nouveau plan passera en phase de mise en œuvre pour une période de cinq ans.

L'amélioration des parcours de santé

L'approche « parcours » vise à mieux organiser l'accompagnement des patients en articulant prévention, soins de ville, champs sanitaire et médico-social. 12 parcours ont été identifiés par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, 7 concernent des pathologies ou des problèmes de santé publique, et 5 sont à orientation populationnelle.

Accès aux soins et parcours de vie adapté des personnes en situation de handicap

Ce projet prioritaire doit permettre d'aborder les problématiques d'orientation, de prise en charge médico-sociale et d'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté met d'ores et déjà en œuvre les préconisations du rapport Piveteau (diagnostic et prise en charge précoces, orientations et coordination des prises en charge, formation, soutien aux aidants, ...).

Elle définit également une stratégie pour appliquer le troisième plan autisme 2013-2017 avec un accent tout particulier sur la formation des acteurs.

De manière générale, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté met en place sur chaque territoire, avec l'ensemble des acteurs, les conditions assurant une réponse adaptée pour tous et un parcours de vie sans rupture des personnes en situation de handicap.

Le renforcement des soins de proximité - Pacte Territoire Santé (PTS)

Traduisant les engagements nationaux en matière de lutte contre les déserts médicaux, le Pacte Territoire Santé est mis en œuvre depuis 2013 dans chaque région, en faveur de la formation des professionnels, des relations ville-hôpital, de la structuration des soins primaires et de l'organisation des parcours en ambulatoire. Le PTS 2, lancé en novembre 2015 à Dijon, va conduire à relancer une dynamique partenariale. Chaque territoire fera l'objet d'un plan d'action dont le déploiement sera assuré par les délégations départementales.

Plan pour l'efficacité et la performance du système de santé (plan triennal)

50 milliards d'euros d'économies sont attendus d'ici 2017 dans le cadre de la maîtrise des dépenses publiques, dont 10 milliards d'euros pour le domaine de la santé. Cet engagement suppose de contenir l'évolution des dépenses à +2% par an.

Dans ce contexte, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté veillera à accroître l'efficacité de la dépense hospitalière, à réussir le virage ambulatoire en misant sur les soins de ville, à poursuivre les efforts dans la maîtrise du prix des médicaments et à améliorer le bon usage des soins. Au-delà des économies attendues, le plan offre une réelle opportunité de moderniser le système de santé en accompagnant les directions d'établissements et de construire un partenariat avec l'assurance maladie.

Des actions ciblées sont notamment prévues dans les domaines de l'accès aux soins urgents et des transports sanitaires, d'une politique régionale du médicament et de la prise en charge des soins palliatifs.

Coopérations hospitalières - Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

La constitution des groupements hospitaliers de territoires (GHT) prévue par la loi de modernisation du système de santé, doit répondre aux enjeux de la promotion d'une meilleure organisation des filières de soins en tenant compte des difficultés liées à la démographie médicale dans certaines spécialités. En Bourgogne-Franche-Comté, 6 conventions de communautés hospitalières de territoires (CHT), qui préfigurent les GHT, avaient d'ores et déjà été signées.

La dynamique de coopération hospitalière engagée dès 2015 sur les autres territoires, a permis de mailler l'ensemble du territoire de la Bourgogne-Franche-Comté à compter du 1^{er} juillet 2016.

E-santé

La Bourgogne comme la Franche-Comté peuvent chacune se prévaloir de réalisations marquantes en matière de e-santé : déploiement de la télémédecine en réponse aux problématiques de démographie médicale, outils et services numériques accompagnant la structuration des filières médicales, mise en place d'expérimentations nationales (territoire de soin numérique, Paerpa...).

D'ici fin 2016, une stratégie BFC sera définie autour d'une nouvelle gouvernance régionale pour insuffler la e-santé durablement dans l'offre de soins et les pratiques professionnelles.

Comptant parmi les 5 régions retenues par l'appel à projet national, la Bourgogne a lancé en 2014 son projet Territoire innovant coordonné santé social (eTicss) pour travailler sur les solutions innovantes – organisationnelles et technologiques – à même de faciliter la coordination des professionnels au bénéfice du parcours de soins des patients. Déployé en Saône-et-Loire (zone nord) à titre expérimental, ce projet sera évalué en 2017 puis devrait être généralisé à l'ensemble de la grande région tout en intégrant de nouveaux usages.

Schéma régional des ressources humaines en santé

La Bourgogne-Franche-Comté est confrontée à des difficultés démographiques médicales et paramédicales, et notamment à une problématique de maintien des professionnels de santé formés en région. Le schéma régional des ressources humaines en santé doit porter une vision globale, prospective, qui accompagnera les organisations soignantes pour relever le défi de la fidélisation des professionnels et mieux adapter les emplois et les compétences, aujourd'hui en forte tension, aux évolutions des métiers et des besoins. La mise en œuvre des orientations sera effective dans le courant de l'année 2016.

Partenariat avec les acteurs et dynamique de participation citoyenne

L'animation territoriale, qui vise à créer des synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé (institutionnels, élus, professionnels de santé, usagers, ...) permet de décliner les politiques, nationale et régionale, en les adaptant aux spécificités et aux besoins de chaque territoire de proximité.

La contractualisation est l'instrument de cette démarche. Elle s'est traduite dans les contrats locaux de santé (CLS). L'ARS Bourgogne-Franche-Comté finalise un guide de bonnes pratiques de la contractualisation pour le 1^{er} semestre 2016.

Elle s'attache par ailleurs à promouvoir une forte participation citoyenne pour que les droits collectifs et individuels des usagers s'exercent dans toutes les instances de la démocratie en santé.

1.4.2. L'amélioration des parcours s'articule autour de douze parcours de santé

12 thématiques ont été identifiées comme « prioritaires », ce qui tient tout autant à leurs enjeux de santé publique, à leur portée régionale relayée par le national (expérimentation Paerpa, plan cancer...), qu'à leur grande transversalité entre les champs de la santé et entre les publics (santé mentale par exemple).

Cancers

Prévention, réduction des inégalités d'accès au dépistage et aux soins : tels sont les enjeux du parcours cancer pour prendre en compte l'une des premières causes de mortalité en Bourgogne-Franche-Comté (un tiers des décès, en constante progression). 5 objectifs généraux sont d'ores et déjà fixés : agir sur les principaux déterminants de santé liés au cancer (lutte contre le tabac et l'alcool) ; améliorer les taux de participation aux dépistages (sein, utérus, colorectal, mélanome, ...) ; améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge (développement des filières, accès aux traitements innovants et aux essais cliniques, ...) ; renforcer la coordination ville/hôpital ; améliorer l'efficience et optimiser l'organisation régionale.

Personnes âgées

Les personnes de plus de 75 ans représentent 10% de la population de notre région, et les perspectives confirment un phénomène de vieillissement qui devrait s'accroître d'ici 2050. La population dépendante approcherait les 85 000 habitants en 2020, en progression de 12% par rapport à 2014. Le parcours doit permettre d'amplifier des actions déployées en Bourgogne-Franche-Comté, dont certaines sont conséquentes et anciennes.

Son déploiement s'appuiera sur les évaluations des expérimentations lancées depuis 2012 : 13 dans le cadre des expérimentations « article 70 » dans les 4 départements bourguignons ; 4 en réponse à des appels à projet locaux dans les départements de Franche-Comté, une en pays Bourgogne nivernaise (démarche PAERPA ou parcours santé des aînés).

Santé mentale et psychiatrie

La Bourgogne-Franche-Comté présente deux caractéristiques saillantes dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie : une surmortalité par suicide et un taux de prise en charge plus élevé que la moyenne nationale pour les traitements psychotropes.

Le parcours psychiatrie santé mentale s'est fixé des objectifs concernant l'organisation de soins au sens « sanitaire », l'accompagnement et l'insertion sociale et l'intégration dans la société et la citoyenneté. Il s'agit notamment d'améliorer l'orientation et l'accès à des soins adaptés dans tous les territoires en favorisant les prises en charge ambulatoires et en organisant la réponse aux urgences. Il convient également de développer la réhabilitation sociale, de favoriser la recherche ou encore de poursuivre les

formations au repérage de la crise suicidaire. Le parcours associera l'ensemble des acteurs d'un territoire concerné dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

Précarité-vulnérabilité (piloté par la direction de l'animation territoriale uniquement)

Avec 58 quartiers prioritaires de la ville, des indicateurs de précarité préoccupants, notamment dans la Nièvre et le Territoire de Belfort, la Bourgogne-Franche-Comté n'est pas épargnée par les problématiques de précarité et vulnérabilité.

Le parcours prévoit 3 objectifs généraux : préserver le capital santé de ces publics ; prendre en compte les facteurs psycho-sociaux tout au long de la chaîne des soins ; faciliter l'insertion dans l'offre de soins de droit commun. Sont notamment priorisées :

- Les personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, les habitants de logement insalubres et/ou indignes,
- Les habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active,
- Les personnes en situation de précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie,
- Les personnes précaires en milieu rural.

En effet dans un souci d'efficience, prioriser des publics permettra de prévenir la dispersion des actions, d'évaluer leur pertinence et leur efficience, de mieux agir sur les points de rupture du parcours.

Par ailleurs, ce dernier est thématique et la transversalité avec les parcours populationnels sera mise en œuvre.

L'ARS veillera notamment à assurer la coordination des politiques publiques menées par les acteurs directement concernés par cette problématique (Conseils départementaux, DRJSCS, DDCSPP, assurance maladie...).

Nutrition et santé

Ce parcours se déclinera en 2 grands volets : déclinaison du programme national nutrition santé (PNNS) et prise en charge des troubles nutritionnels.

Le premier volet reprendra les objectifs généraux du PNNS en mettant l'accent sur l'activité physique et l'amélioration de l'état nutritionnel de la population (une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé). En parallèle, le plan sport santé bien-être se poursuivra à l'échelle de la région Bourgogne-Franche-Comté, co-piloté par la DRJSCS (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) et l'ARS.

Le second volet abordera l'ensemble des troubles nutritionnels avec un accent tout particulier sur l'obésité, qui touche les personnes de plus en plus jeunes, notamment les enfants. Quatre objectifs généraux sont assignés à ce volet du parcours : diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité de l'adulte et de l'enfant en Bourgogne-Franche-Comté ; améliorer la pertinence de la prise en charge dans une logique de gradation du parcours ; améliorer la prise en charge de l'obésité chez la femme enceinte ; établir un diagnostic pour les autres troubles nutritionnels.

Diabète

On estime que près de 1% de la population souffre de diabète de type 2 sans le savoir. La prévalence de cette maladie chronique progresse en Bourgogne-Franche-Comté, en particulier du fait du vieillissement de la population générale et de l'augmentation de la fréquence de l'obésité. Le parcours a pour objectif d'optimiser les actions de repérage pour dégager une véritable cohérence entre les acteurs (réseaux, associations, généralistes...), assurer le chaînage entre dépistage et prise en charge pluri professionnelle du patient, améliorer le partage d'informations entre intervenants, s'inscrire dans des dispositifs innovants (télémédecine, territoire de soins numérique...).

Maladies cardiovasculaires

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté poursuit sa mobilisation autour de l'une des principales causes de mortalité en France. Le parcours a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients atteints

d'insuffisance cardiaque, en maximisant leur prise en charge par la coordination des différents acteurs et en évitant les ré-hospitalisations itératives. Premier point d'appui : le suivi ambulatoire (médecin généraliste, cardiologue, infirmier, masseur-kinésithérapeute...) Deuxième enjeu : donner les clés au patient pour qu'il devienne un partenaire actif de sa prise en charge (comportement, auto-soin, reconnaissance des signes d'alertes, éducation nutritionnelle...).

Neurologie

Coopérations, télé-AVC, formation... L'ARS Bourgogne-Franche-Comté s'attachera à pérenniser les succès enregistrés sur ses territoires, dans la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral qui exigent des soins urgents et coordonnés dans une filière bien identifiée : de la phase pré-hospitalière à l'hospitalisation, jusqu'à la rééducation puis le retour à domicile ou en établissement d'hébergement. A cette priorité s'ajoutent celles fixées à l'horizon 2019 par le Plan national relatif aux maladies neurodégénératives, pour décliner des mesures qui doivent contribuer à l'accessibilité au diagnostic, à un accompagnement et à des soins de qualité, tout au long de la vie...

Addictions

Le parcours addiction comporte en premier lieu un volet important autour de l'efficacité du réseau des structures de l'addictologie : structures ambulatoires, médico-sociales et sanitaires. En effet, au vu de l'hétérogénéité des pratiques actuelles, une harmonisation et une cohérence seront recherchées à partir d'un diagnostic partagé et d'un plan d'actions concerté qui sera décliné au niveau territorial par les délégations départementales. En second lieu, un nouveau volet de prévention tiendra compte du besoin d'une meilleure coordination et pertinence des interventions par un maillage adapté au territoire. La mise en place ou le renforcement des collaborations avec les partenaires en charge de l'éducation constitue une priorité : éducation nationale, enseignement agricole, enseignement spécialisé, fédérations de parents d'élèves, conseils régionaux et départementaux... tout en maintenant un certain nombre d'actions ciblées à l'égard des femmes enceintes et des adolescents à risques sévères. Enfin, un troisième volet concernera de manière spécifique la mise en œuvre du Plan national de réduction du tabagisme.

Maternité et parentalité

Ce parcours soutient une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant. Son périmètre concerne la femme, le couple et le nouveau-né. Il s'articule autour de trois objectifs généraux : promouvoir l'accès à la contraception et à l'éducation à la vie sexuelle et affective, favoriser le recours à l'IVG le plus précocement possible et sur l'ensemble du territoire, organiser une prise en charge sécurisée des femmes et des nouveau-nés, coordonnée et adaptée au niveau du suivi médico-psycho-social.

Petite enfance et enfance

Totalement inédit en Bourgogne-Franche-Comté, le parcours populationnel petite enfance et enfance s'engage autour de l'acquisition de l'autonomie de l'enfant, du 1^{er} mois de la vie jusqu'à 8-10 ans.

La démarche met plus particulièrement l'accent sur les prises en charge des troubles spécifiques de l'apprentissage (5-10 ans).

Objectif : favoriser le développement global de l'enfant et prendre en compte précocement ces troubles (langage, attention, précocité intellectuelle ...) qui touchent 5 à 8% des enfants d'âge scolaire.

L'année 2016 sera consacrée à une phase de diagnostic à l'échelle régionale. Dans un second temps, des diagnostics territoriaux permettront une investigation plus fine et un plan d'actions à déployer sur les territoires expérimentaux retenus, à une échelle à définir.

Adolescents et jeunes adultes

Adhésion insuffisante à la démarche de prévention, carence du repérage des conduites à risque, manque de coordination dans le suivi individuel : autant de points de rupture repérés dans le parcours de santé des adolescents et des jeunes adultes. Les actions engagées par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté dès 2016 portent sur ces points de rupture et doivent encourager les jeunes à devenir acteurs de leur propre santé. La prévention du suicide chez les adolescents fait par ailleurs l'objet d'une approche spécifique au sein du projet santé mentale.

2 DEUXIEME PARTIE : EXPERTISE, TRANSVERSALITE, PARTENARIAT DANS LES TERRITOIRES : UN FONCTIONNEMENT MODERNISE

La création de la nouvelle agence constitue une opportunité majeure pour gagner en efficacité. La mise en place d'une organisation presque deux fois plus importante que ses composantes de base comporte toutefois des risques de cloisonnement accru, d'éloignement du terrain et de coupure avec les acteurs de santé. Eviter ces écueils suppose de progresser dans trois directions : l'identification des responsabilités et le renforcement de l'expertise ; le développement de la transversalité et de la capacité pour l'agence d'agir en partenariat et en proximité.

2.1 Le positionnement de l'ARS BFC, l'évolution de ses missions et ses orientations stratégiques

Une ARS BFC construite sur des valeurs et dont le positionnement vis-à-vis des partenaires et acteurs évolue

Les valeurs partagées au sein de l'ARS BFC sont à la base de la cohésion du collectif de travail et de la reconnaissance de l'agence auprès de ses différents partenaires.

2.1.1. Un collectif de travail ...

Pour mener à bien ses missions, la nouvelle agence doit créer un collectif de travail plaçant les ressources humaines au cœur de son action.

Le management s'attachera à concilier efficacité collective et épanouissement professionnel individuel, dans le respect de la vie personnelle. Il devra favoriser la bonne circulation de l'information utile, à toutes les échelles de la hiérarchie. Responsabilisation, valorisation, écoute, équité de traitement, droit à l'erreur, confiance, non-discrimination (entre hommes et femmes, entre siège et délégations départementales, entre catégories de personnel ...) devront être les maîtres mots de la gestion des équipes.

Le sérieux et la rigueur requis dans les missions quotidiennes de chacun iront de pair avec la reconnaissance des personnels et de leur travail.

2.1.2. ... partageant des valeurs et des principes ...

L'établissement public affichera son engagement au service de la protection de la population et de l'environnement, de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de la pertinence, de la cohérence, de l'efficacité et de l'efficacité des actions mises en place.

Il devra être identifié comme porteur de la stratégie régionale en matière de santé, faisant preuve de détermination et de courage dans les prises de décisions parfois difficiles. Pour cela, la nouvelle structure portera à l'externe des valeurs d'indépendance, de résistance au lobbying, de transparence dans les décisions ainsi que d'équité dans les réponses apportées.

Il mettra en œuvre le principe du « penser global, agir local » afin d'assurer un service équitable à l'ensemble de la population régionale.

Il se voudra exemplaire en interne tant au niveau de la transversalité, de la transparence, de la réactivité, de l'innovation, de l'évaluation, qualités qu'il exige de ses partenaires.

Enfin, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté s'inscrira dans des démarches de responsabilité sociétale et de développement durable.

2.1.3. ...tourné vers ses partenaires.

L'agence inscrira son action dans la concertation et l'ouverture à ses partenaires. Les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les usagers, les institutions doivent être parties prenantes des décisions et de leur mise en œuvre.

L'ARS BFC se positionnera comme un facilitateur des initiatives portées par les acteurs locaux. Dans de nombreux domaines, il s'agit de « faire faire » plutôt que de « faire » et d'accompagner nos partenaires dans l'émergence et la mise en œuvre d'actions de santé utiles à la collectivité.

Elle renverra l'image d'une administration qui veille au décloisonnement des politiques publiques via le renforcement des instances administratives ad hoc ainsi qu'à la faveur des logiques de parcours des usagers du système de santé mises en place.

En soutenant les innovations et en s'inscrivant dans une dynamique de progrès continu, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté pourra être reconnue comme un interlocuteur légitime et moderne. Ce positionnement lui permettra d'accompagner la transformation du système de santé en facilitant les initiatives des collectivités publiques et des acteurs professionnels.

2.2 Une organisation qui identifie les responsabilités à l'intérieur comme à l'extérieur et permet le renforcement de l'expertise

L'organigramme de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté est construit en directions elles-mêmes structurées en départements ; des projets sont par ailleurs directement rattachés à la direction générale.

Ce mode d'organisation doit permettre une identification des responsabilités et un renforcement de l'expertise.

La future agence est ainsi structurée autour de 11 directions :

- 1 direction générale, à laquelle seront directement rattachés des chefs de projets pour assurer le pilotage et l'animation de grands projets transversaux (politique régionale cancer, prise en charge des personnes âgées, politique régionale de santé mentale),
- 3 directions métiers : santé publique, organisation des soins et autonomie,
- 3 directions de pilotage : stratégie, animation territoriale, inspection contrôle et audit,
- 2 directions supports : ressources humaines-moyens, finances-agence comptable,
- 1 direction de la communication,
- 1 mission pilotage financier.

2.3 Une forte capacité d'action de l'agence dans les territoires en partenariat avec les acteurs du système de santé

Pour assurer la mise en œuvre de ses priorités, l'agence doit nouer un partenariat efficace avec l'ensemble des acteurs du système de santé au niveau régional mais surtout à l'échelle des territoires de proximité, professionnels de santé, établissements de santé et établissements médico-sociaux. Essentielle aussi les échanges avec les institutions, l'Assurance Maladie, les services de l'Etat (notamment l'éducation nationale et les directions de la cohésion sociale), les collectivités locales et leurs représentants élus, les associations et les représentants d'usagers. Ce partenariat est d'autant plus efficace qu'il s'ancre dans les territoires de proximité.

C'est un facteur décisif pour que s'instaurent des relations pérennes et de confiance entre les acteurs. Pour atteindre cet objectif, le choix a été fait de renforcer les délégations départementales en leur attribuant la mission d'assurer le développement et la consolidation des partenariats de l'agence dans les territoires, en proximité des acteurs. Il s'agit de promouvoir l'engagement de tous les acteurs dans la mise en œuvre de projets d'amélioration de la santé et d'abord d'une meilleure organisation des parcours de santé et de vie au bénéfice des habitants.

L'organisation de l'agence a été définie avec la volonté de mieux conjuguer expertise régionale et homogénéité des politiques régionales mais aussi capacité à les mettre en œuvre en prenant en compte les spécificités des territoires.

2.3.1. Des politiques prioritaires de l'agence mises en œuvre à travers un partenariat départemental

Les politiques portées par l'agence se mettent en œuvre dans un cadre territorial. L'approche territorialisée des politiques de santé s'impose pour adapter la mise en œuvre des missions aux réalités locales potentiellement marquées par de fortes inégalités sociales et géographiques. Mais surtout elle est une condition de mobilisation des partenaires et à ce titre la clef de voûte de la réussite pour obtenir des résultats concrets au service des habitants. L'agence doit porter une vision de la mise en œuvre de ses priorités dans les territoires et s'efforcer d'associer les partenaires à travers une démarche contractuelle ouverte.

Quelles priorités mettre en œuvre ?

L'agence concentrera ses efforts sur les 9 projets prioritaires et les 12 parcours évoqués dans la première partie, qui ont vocation à être mis en œuvre au niveau territorial.

Il est nécessaire de définir précisément les conditions concrètes dans lesquelles seront mis en œuvre les projets prioritaires ; en effet tous n'impliquent pas le même degré de territorialisation ; de plus pour ceux qui ont vocation à être mis en œuvre dans un cadre territorial et donc de partenariat de proximité, le degré de maturité n'est pas le même et donc tous les projets prioritaires ne peuvent être gérés dès le début 2016 sur le plan territorial. A contrario, sur certaines thématiques et dans certains territoires, on peut s'appuyer sur des expériences anciennes et très riches.

Il s'agit donc de progresser dans deux directions :

- identifier les projets prioritaires qui doivent être mis en œuvre dans un cadre territorial et dans un partenariat de proximité, projets dits territorialisés ;

➤ identifier parmi ces projets ceux qui peuvent faire l'objet d'une démarche de territorialisation dès maintenant, et ceux qui au contraire ne pourront l'être qu'en septembre 2016 ou plus tard.

Sur les projets territorialisés, l'agence met en œuvre une démarche en deux temps :

Une phase de construction régionale

Pour chaque projet prioritaire, incluant les projets parcours, cette première phase aboutit à la définition d'orientations stratégiques et de plans d'actions élaborés sous l'égide de la direction générale, à partir des travaux des équipes projets et des débats au sein des instances stratégiques.

Pour chacun des projets, le plan d'actions reprend les différentes étapes de prévention, de dépistage diagnostic, de prise en charge et traitement, de suivi et accompagnement qui constituent le parcours de l'utilisateur. Ce schéma permet de repérer les différents points de rupture possibles (Cf. guide méthodologique de construction des parcours). Il peut s'appuyer sur l'outil d'observation statistique de la démarche parcours conçu par la direction de la stratégie/Dos. Le contenu de ces plans d'actions intègre les conditions de leur déclinaison territoriale afin de garantir un caractère opérationnel de proximité.

Les notes de cadrage de chacun des projets prioritaires sont maintenant finalisées, de même que la composition des équipes de projet et des instances stratégiques. Les groupes projets intègrent un ou plusieurs délégués territoriaux et/ou leur représentant.

Les parcours considérés comme matures doivent faire l'objet d'une déclinaison territoriale dès le deuxième trimestre 2016 : cancer, personnes âgées (dont PAERPA), diabète, précarité/vulnérabilité, adolescents et jeunes adultes, cardiologie et neurologie.

Une phase de mise en œuvre dans les territoires de proximité.

La mise en œuvre des projets prioritaires de l'agence, à commencer par les parcours, se fera à travers l'élaboration et la mise en œuvre par chaque délégué départemental d'une feuille de route départementale qui précisera les actions engagées durant l'année 2016 pour la mise en œuvre des projets prioritaires.

La feuille de route se base sur les **programmes d'action territoriaux (PAT)** qui seront définis pour chaque territoire de proximité et de contractualisation. Le Pacte Territoire Santé 2 sera systématiquement présent dans ces démarches.

Pour élaborer sa feuille de route, chaque délégué départemental devra partir des diagnostics déjà réalisés dans les dernières années surtout lorsque sur le territoire concerné ils ont déjà donné lieu à l'élaboration d'un programme d'action territorial suivi ou non par la finalisation d'un contrat local de santé ; il appréciera si ces diagnostics doivent être actualisés et / ou approfondis.

Dans les territoires où aucun diagnostic n'a été fait, la feuille de route indiquera les territoires sur lesquels sera engagé un diagnostic approfondi. Celui-ci comportera une analyse qualitative et quantitative au regard de plusieurs critères : démographie et repérage des principales données épidémiologiques, offre de soins de proximité (question de la démographie des professions de santé), offre de soins hospitalière, prévention, offre médico-sociale, santé environnementale ... Ce diagnostic permet de croiser les points de rupture des parcours avec l'analyse de l'offre existante en local. Il constitue le socle sur lequel l'ARS propose un programme d'actions territorial permettant d'améliorer les réponses aux besoins repérés et de corriger les inégalités territoriales en santé sur le territoire.

Ce projet de feuille de route sera établi avant fin mai par chaque délégué, fera l'objet d'une discussion en GTAT puis validé en CODIR BFC (voir plus loin). Les PAT et la feuille de route départementale constituent les mandats de négociation des **contrats locaux de santé**.

2.3.2. Des contractualisations en lien avec l'ensemble des partenaires territoriaux

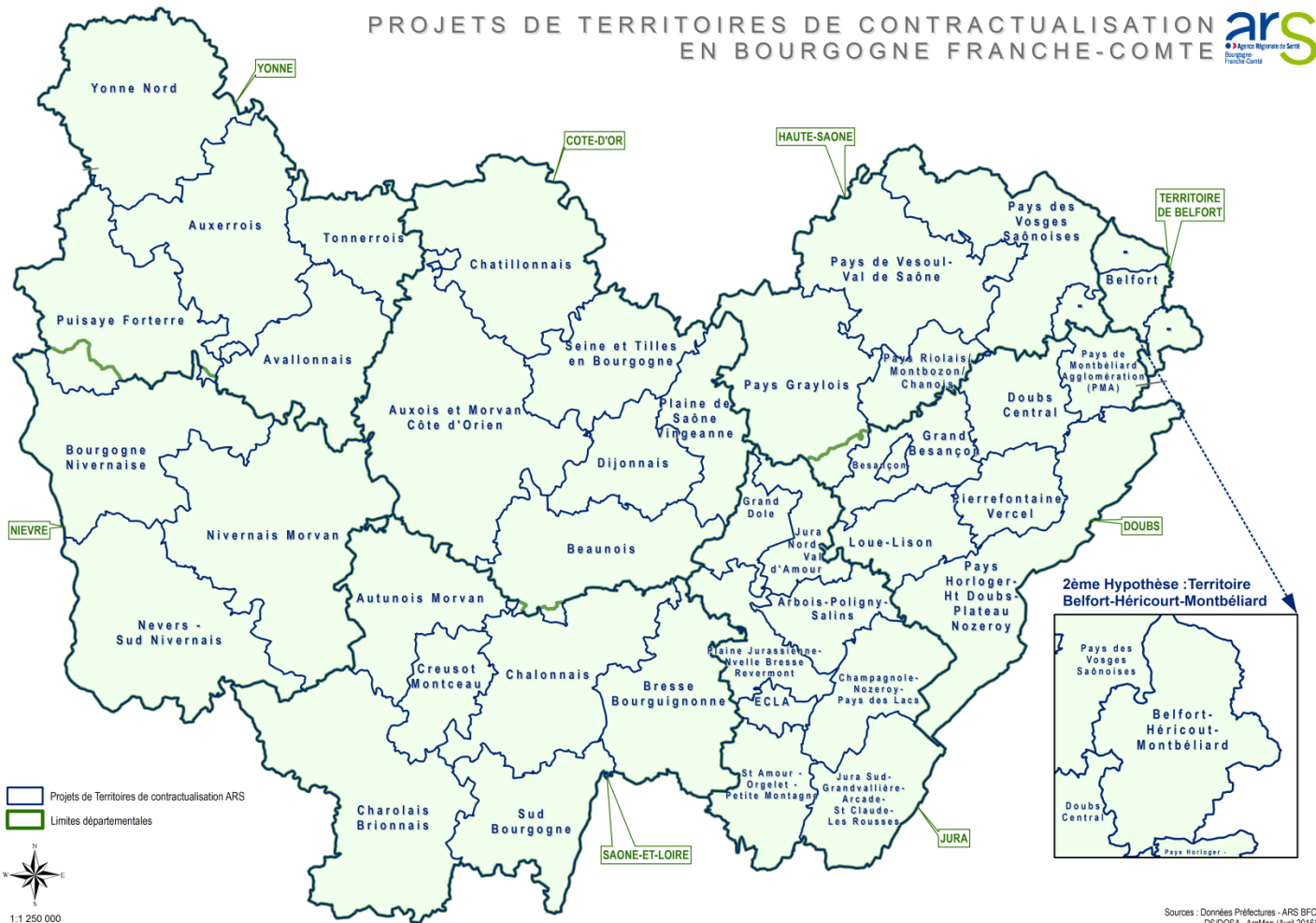
Les contractualisations dans quels territoires et avec quels outils ?

Au cours des dernières années, les deux ARS de Bourgogne et de Franche Comté s'étaient déjà largement engagées dans une logique de contractualisation. Plus de 20 contrats locaux de santé avaient été signés. La loi de modernisation du système de santé renouvelle les outils de contractualisation. Elle maintient l'outil contrat local de santé mais elle y ajoute deux nouveaux outils : le contrat territorial de santé et le contrat territorial de santé mentale.

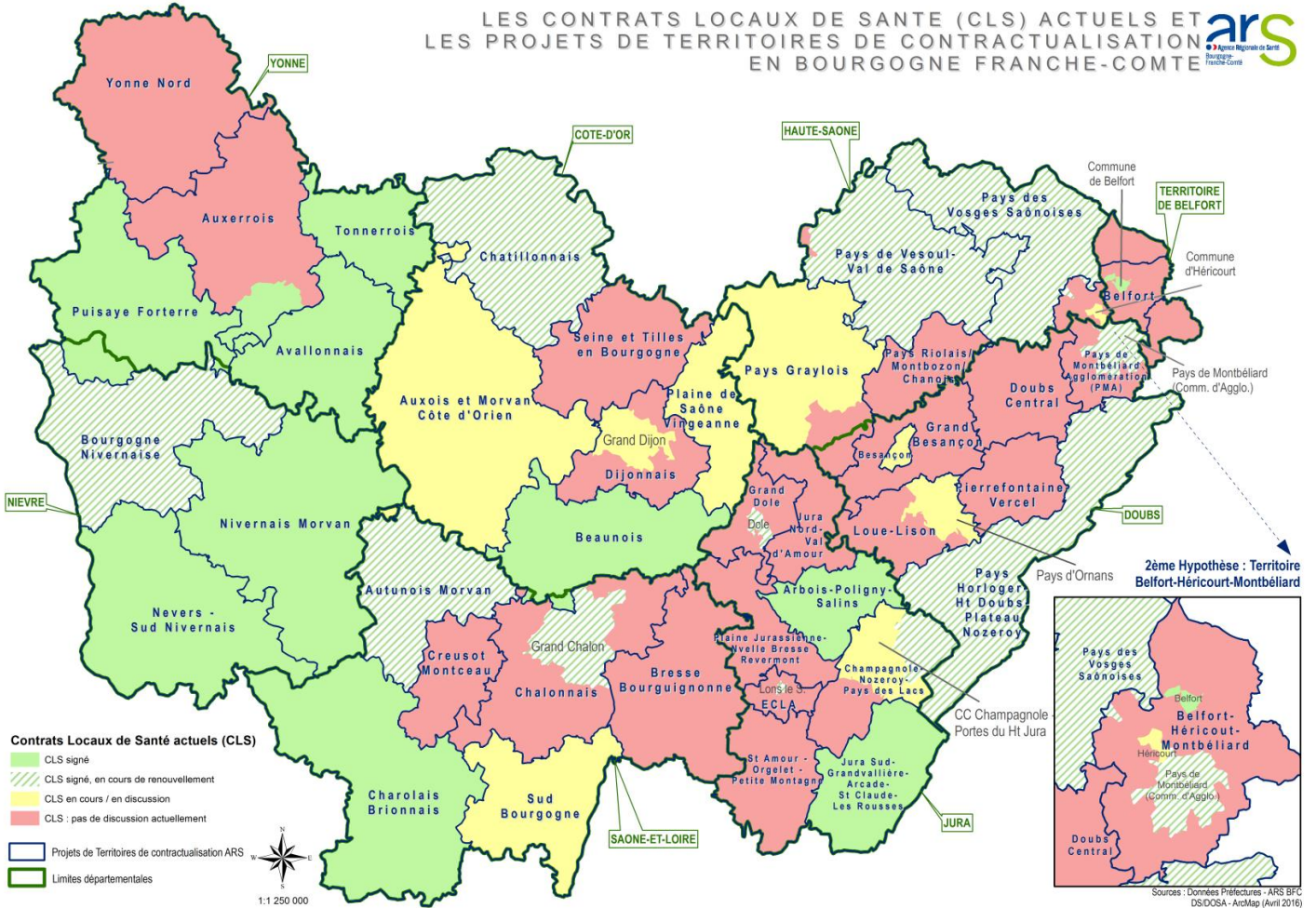
Dans ce cadre, en 2016- 2017, l'agence poursuivra la politique de mise en place de contrats locaux de santé et engagera la préparation puis la signature de contrats territoriaux de santé.

Les contrats locaux de santé

Pour ces contrats existants leur mise en œuvre sera poursuivie sauf exception dans leur cadre géographique actuel ; pour les territoires aujourd'hui non couverts par une contractualisation le principe retenu sera de contractualiser avec les EPCI (tels que redéfinis en 2016 sous l'égide des préfets), et leurs regroupements sous la forme de Pays ou PETR. L'objectif est de couvrir l'ensemble de la région d'ici fin 2017. La carte présentée ci-après affiche l'ensemble des territoires avec lesquels l'ARS pourrait contractualiser, soit une quarantaine sur l'ensemble de la région.



La carte suivante présente le rapprochement entre les CLS actuels (signés, en cours de renouvellement ou en cours d'élaboration) et ce projet de territoires de contractualisation. Les territoires non couverts aujourd'hui par un CLS apparaissent en rose.



S'agissant des **contrats territoriaux de santé** (CTS – L1434-9 du CSP) conclus avec les professionnels de santé, qui se sont constitués en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), ces contrats sont établis sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. Ils peuvent comporter des actions de promotion de la santé, de prévention et toute autre action destinée à améliorer l'offre de soins de premier recours. Pour leur mise en œuvre, l'ARS définira au cours du premier semestre 2016 une doctrine avant d'engager au cours du deuxième semestre des premières applications expérimentales.

S'agissant des **contrats territoriaux de santé mentale** conclus avec les professionnels de santé et les structures concernées, ils ont vocation à matérialiser le **projet territorial de santé mentale** qui est défini sur un périmètre « suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées ». Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau : conditions d'accès à la prévention, aux soins, à l'insertion sociale, maintien et accès au logement et à l'hébergement. Les orientations du projet santé mentale permettront d'engager la préparation au cours du deuxième semestre de cette démarche dans des territoires expérimentaux.

Quelle structuration du partenariat et quelle relation avec la démocratie en santé?

La loi de santé prévoit que les conférences de territoire sont remplacées par les conseils territoriaux de santé. Ces conseils seront installés au début 2017. Le département devrait constituer le périmètre géographique de ces conseils mais les décisions sur ce point seront prises après une concertation approfondie avec la CRSA.

L'organisation de la démocratie en santé se décline sur trois niveaux :

- **Le club régional de l'animation territoriale développe une approche opérationnelle** : il se réunit 5 fois par an afin d'appuyer, d'impulser le déploiement de l'animation territoriale en région. Il réunit les élus, les institutions et les professionnels organisés au niveau régional.

- **Le niveau départemental** : l'ARS Bourgogne Franche Comté s'appuiera sur les Conseils Territoriaux de Santé. Ils ont notamment pour mission de participer à la réalisation des diagnostics territoriaux, de contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS, en particulier sur l'organisation des parcours de santé. Par ailleurs la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit que l'ARS est membre (co-président) de la conférence des financeurs.

- **Le niveau local** : c'est le niveau des Groupes d'Animation Territoriale en Santé. A l'échelle d'un territoire de proximité, les GATS réunissent les élus, les institutions et les professionnels mobilisés sur les questions de santé afin :

- d'impulser le déploiement de l'Animation Territoriale dans le territoire ;
- d'échanger sur les orientations du programme d'actions territorial (PAT) de l'ARS au regard du diagnostic territorial pour aboutir à l'issue à un CLS ;
- de suivre la mise en œuvre du CLS. Le GATS devient le comité de pilotage du CLS.

Ainsi, l'agence BFC renforce son partenariat territorial et le dialogue avec l'ensemble des parties prenantes, usagers, acteurs institutionnels, professionnels de santé et leurs représentants, établissements sanitaires et médico-sociaux, élus des collectivités territoriales dans le cadre des instances de démocratie en santé.

Par ailleurs, elle explore de nouvelles formes de participation citoyenne (dont les débats publics). C'est de l'interaction entre ces deux formes de démocratie (représentative et participative) qu'émergeront les propositions les plus pertinentes issues de la société civile.

La mise en œuvre des instances de démocratie en santé en proximité sera portée par les délégués départementaux et actera cette volonté de partenariat.

2.3.3. Des délégations départementales renforcées animées et coordonnées par une direction de l'animation territoriale

La mise en œuvre des actions envisagées plus haut ne peut se faire sans une forte capacité d'action dans les territoires et donc sans l'existence à ce niveau d'un interlocuteur légitime pour nos partenaires ; c'est pourquoi l'agence a engagé le renforcement de son réseau de délégations départementales.

Le réseau des délégations départementales

Les missions des délégués départementaux et de leurs équipes sont fondamentalement la mise en œuvre réussie des projets prioritaires de l'agence dans les territoires de leur ressort ; le délégué départemental représente l'agence dans ce territoire et d'abord vis-à-vis des grands partenaires institutionnels (Préfet, représentants de l'assurance maladie, élus notamment président du Conseil Départemental et partenaires professionnels) ; à ce titre il doit être en situation de connaître les interventions de l'agence sur le territoire et le plus souvent possible, il doit être associé à leur élaboration et à leur mise en œuvre pour garantir la cohérence d'action de l'agence, renforcer toujours plus la contractualisation avec les partenaires et développer et animer la démocratie en santé.

Les missions et les domaines de responsabilité de la délégation départementale :

- Développer la mise en œuvre territoriale des priorités de l'agence, en créant avec les partenaires un cadre de travail efficace et performant ;
- Améliorer la coordination entre institutions, professionnels de santé, établissements dans le cadre de sa feuille de route ;
- Décloisonner les dispositifs pour arrêter des plans d'actions, initier des parcours de santé ;
- Contractualiser avec les partenaires territoriaux, animer les instances territoriales de démocratie en santé.

✓ Les domaines où la délégation territoriale est le service déconcentré de la direction générale qui exerce cette fonction avec l'appui de la DAT (département ingénierie pilotage).

Il s'agit de la mission de mise en œuvre des 12 parcours dans les territoires de proximité et en partenariat. Par ailleurs, les projets prioritaires ayant une dimension animation territoriale sont portés par les délégations départementales. Il s'agit d'une responsabilité majeure des délégations départementales et elle se traduit notamment par l'élaboration des programmes d'action territoriaux (PAT) qui, après avis du CODIR et validation par la direction générale, constituent les mandats de négociation des contrats locaux de santé (CLS).

✓ Les domaines dans lesquels la délégation territoriale est le service déconcentré des directions du siège : défense sanitaire (pour le compte de la DSP), prévention et promotion de la santé (pour le compte de la DSP), organisation des soins de proximité et accès aux soins primaires (pour le compte de la DOS).

Dans ces domaines, la responsabilité des directions du siège est essentiellement d'élaborer des politiques régionales dont la mise en œuvre est effectuée par les délégations départementales. Elles assurent la relation avec les acteurs territoriaux (notamment la négociation des contrats de toute nature).

- S'agissant des activités de défense sanitaire, il revient à l'ARS d'agir dans le cadre des pouvoirs du préfet de département en matière de gestion de crise et donc de garantir à travers l'action du délégué assisté par un collaborateur spécialisé une bonne articulation avec le préfet de département.

- S'agissant des activités de démocratie en santé, la direction de la stratégie assure le fonctionnement de la CRSA, les délégations départementales celui des instances territoriales de démocratie en santé.

- S'agissant des activités de prévention et de promotion de la santé (incluant l'addictologie) et d'organisation des soins de proximité et d'accès aux soins primaires, notamment à travers le développement de l'exercice coordonné, la mise sous responsabilité directe des délégations départementales de ces missions doit permettre de faciliter l'engagement des partenaires, notamment professionnels, dans les projets prioritaires de l'agence. Dans ces domaines, le délégué départemental est un opérateur délégué de la DSP et de la DOS, qui ne disposent pas d'effectifs spécialisés dans ces domaines en dehors du siège.

✓ Les domaines où le délégué départemental intervient comme relais des directions du siège en direction des partenaires majeurs - préfets et élus - et d'abord pour garantir la cohérence de l'action de l'agence en termes d'organisation des soins et d'amélioration des parcours performance hospitalière.

▪ Concernant le domaine hospitalier, il s'agit d'activités pour lesquelles l'expertise est concentrée dans deux équipes localisées respectivement à Besançon et à Dijon et où les décisions sont prises en application de stratégies régionales précises (notamment dans le cadre du plan triennal) ; mais la mise en œuvre de ces stratégies dites du « virage ambulatoire » doit s'articuler avec les démarches d'organisation des filières et d'amélioration des parcours. Dans ce sens, le délégué départemental doit être associé par les services du siège aux actions qui visent à garantir une bonne intégration des établissements hospitaliers dans leur environnement et à faciliter le décloisonnement de l'hôpital, des acteurs de soins de la ville et du médico-social. La présence du délégué départemental aux conseils de surveillance des établissements de santé est un levier dans ce sens.

▪ S'agissant du domaine de l'autonomie, les activités sont intégrées au sein de la direction de l'autonomie avec deux départements, personnes âgées et personnes handicapées, qui intègrent l'ensemble des collaborateurs de l'agence dédiés à ces missions. Mais les délégués départementaux ont par ailleurs une responsabilité directe sur les actions d'amélioration des parcours et notamment les actions qui concernent le parcours personnes âgées et l'accès aux soins des personnes handicapées. Ils doivent être étroitement associés aux décisions de pilotage des établissements et services ; c'est d'autant plus nécessaire que la réforme du mode de financement des EPHAD va conduire, à travers le développement du CPOM comme outil de pilotage, à développer la place des éléments territorialisés dans les CPOM et donc à développer l'intervention des délégations départementales. Une mission menée avec l'appui de consultants extérieurs sur l'évolution de l'organisation de l'agence dans cette perspective sera lancée à la rentrée de septembre 2016.

▪ S'agissant du domaine santé environnement, les missions sont mises en œuvre par des équipes organisées sous forme d'unités territoriales santé environnement présentes sur les 8 sites de l'agence ; le choix a été fait de donner l'autorité hiérarchique sur ces personnels aux responsables de la direction de la santé publique (directeur et chef du département santé environnement) ; cette organisation est justifiée par la nécessité de renforcer l'intégration de l'ensemble des services qui concourent pour garantir un bon niveau d'expertise spécialisée mais elle ne doit pas conduire à affaiblir la cohérence d'intervention de l'agence et fragiliser la crédibilité vis-à-vis d'interlocuteurs tels que le Préfet. C'est pourquoi l'information du délégué départemental et son association à la gestion des dossiers avec les partenaires doivent être garanties.

✓ Les domaines de gestion interne de l'agence

Dans ces domaines, la délégation départementale se voit notifier un ensemble de postes de travail identifiés dans le cadre des effectifs cibles. Elle assure une fonction de coordination logistique entre l'ensemble des services présents sur le site et la DRHM (direction des ressources humaines et des moyens) ; c'est notamment le cas pour le fonctionnement courant des immeubles, l'accueil du public mais aussi la gestion immobilière. Les partages de responsabilité et donc la répartition des activités entre les directions du siège et les délégations départementales sont explicités dans le contrat interservices.

Les responsabilités managériales du délégué départemental

Le délégué départemental manage une équipe de collaborateurs sur l'ensemble du champ de l'animation territoriale. Cette équipe met en place, développe et entretient toutes les relations de la délégation départementale dans le champ de l'animation avec les acteurs extérieurs à l'ARS. Il peut aussi s'appuyer sur les animateurs santé recrutés dans le cadre de la mise en œuvre des CLS.

Chaque délégué départemental reçoit une lettre de mission qui précise les objectifs prioritaires de son action, centrée sur les contractualisations et la déclinaison territoriale des parcours et des projets prioritaires, sur les coopérations nécessaires pour mener à bien ce plan de travail.

La direction de l'animation territoriale (DAT)

La mission fondamentale de la DAT est de contribuer au pilotage et à l'animation des délégations départementales. Cette mission comporte la participation à l'élaboration des lettres de mission puis à la validation des feuilles de route. La DAT devra développer son intervention dans deux directions :

- apporter un appui en termes de méthodes / outils et bonnes pratiques ;
- faciliter le lien avec les services ;
- veiller au respect des normes de bon fonctionnement Direction Métier/Délégation Départementale (DD) sur la base du contrat interservices.

Elle se structure sur deux niveaux d'organisation :

a. Le siège, tête de réseau :

LA DAT est dirigée par un directeur chargé du management stratégique, assisté d'un adjoint et d'une conseillère ; Le directeur anime le réseau territorial à travers trois séries d'instances:

- un CODIR DAT bi mensuel ;
- un Groupe Technique d'Animation Territoriale (GTAT) mensuel qui devra examiner les projets PAT-CLS avant leur transmission en CODIR (quinze jours avant le CODIR) ; les conditions d'organisation devront permettre un dialogue entre chaque DD et les représentants de chaque direction au niveau des chefs de départements;
- des séminaires DSP, DA et DOS, tous les mois en alternance, permettant de conduire un dialogue sur les modalités de mise en œuvre en local de la stratégie régionale en matière de prévention promotion pour la DSP, sur la stratégie de l'agence dans le domaine des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour la DA, des soins primaires et urgents, des ressources humaines en santé et de l'offre de soins hospitaliers pour la DOS.

Par ailleurs, la DAT doit être le garant de l'interface entre les DD et l'ensemble des directions.

La DAT comprend également un département ingénierie et pilotage, (DIP) qui est chargé de développer les méthodes et outils permettant de décliner les projets prioritaires territorialisés et les parcours dans une logique de contractualisation avec les partenaires locaux.

Le DIP prend en charge l'élaboration et la mise en œuvre d'outils méthodologiques permettant la montée en compétences des personnels de la DD et de la DAT, en particulier sur les démarches parcours.

Le DIP joue par ailleurs un rôle central dans les remontées des actions et projets parcours et CLS financés par le FIR. Le DIP est en charge du lien avec les différents centres de ressources budgétaires (CRB) et par ailleurs responsable en propre du CRB de l'animation territoriale.

Les articulations entre le Délégué Départemental et les directions métiers

- Les délégués territoriaux participent au CODIR de l'ARS, présidé par le Directeur Général. Une partie de ces CODIR sera consacrée à l'animation territoriale : focus départementaux, validation des projets de PAT et de CLS et autres contractualisations et des déclinaisons territoriales des projets parcours.

- Ces séances du CODIR seront préparées par des réunions du Groupe Technique d'Animation Territoriale (GTAT) comme instance de co-construction des plans d'action territoriaux (PAT) et des contractualisations avec les collectivités, mais également pour effectuer régulièrement des focus sur les projets/actions des directions métiers sur chaque département (en tant qu'entité territoriale). Cette instance organisée et animée par le DIP/DAT tous les mois réunit les délégués départementaux et les

directions métiers. Il s'agit d'une instance permettant de préparer en amont les travaux du CODIR. La participation des directions métiers avec un niveau de représentativité suffisant (chef de département ou responsable d'unité) est indispensable pour le bon fonctionnement de cette instance.

- Chaque délégué départemental disposera d'une lettre de mission ; elle comportera un engagement d'établir une feuille de route indiquant les conditions de mise en œuvre des projets prioritaires dans les différents territoires de proximité du département concerné et les ressources qui seront mises à disposition du délégué départemental. La procédure de préparation du budget du fonds d'intervention régional (FIR) devra permettre une association réelle des délégations territoriales et notamment elle comportera un avis formalisé de chaque délégation départementale sur le projet de budget avant examen par le CODIR.

- Le reporting direct des référents métier du territoire auprès du délégué départemental et de son équipe d'ATS : le délégué départemental réunira à intervalles réguliers les chargés de mission et l'ingénieur responsable de l'unité territoriale santé environnement pour un point d'échange sur les dossiers en cours mais également pour expliciter la stratégie de l'ARS, le sens de l'action menée, et pour acculturer l'ensemble des personnels à la démarche de contractualisation.

- Sur les thématiques prévention/promotion de la santé, défense sanitaire et santé environnementale, un séminaire associant la DAT, les délégués territoriaux et la DSP est organisé tous les deux mois afin de définir les modalités de mise en œuvre locale de la stratégie régionale.

- Le même type de séminaire est organisé avec la DOS et la DA sur leurs thématiques spécifiques.

- Il sera demandé aux équipes des deux départements prévention et promotion (DSP) et accès aux soins primaires et urgents (DOS) de rencontrer chacun 2 fois par an les équipes des délégations départementales.

2.4 Une organisation qui promeut la transversalité à travers une gestion structurée des projets stratégiques

Pour prévenir le risque de cloisonnement inhérent à la mise en place d'une agence dont la dimension est quasiment le double de celle de ses deux composantes de base, il apparaît nécessaire de développer la transversalité en structurant la gestion de projets. Ces travaux de structuration des projets ainsi que la nomination des chefs de projets et équipes projets se sont appuyés sur un recensement le plus exhaustif possible des projets, priorités, et référents thématiques identifiés au sein des deux agences.

2.4.1. Des modes de pilotage dédiés aux projets prioritaires et aux parcours de santé

9 projets prioritaires

Le principe directeur retenu a été de nommer des co-chefferies de projet associant équipes franc-comtoises et équipes bourguignonnes, dans le souci de garantir au maximum le maintien des expertises développées dans chaque région.

Second principe retenu : assurer un mode de pilotage et de suivi unifié pour l'ensemble des projets. Dans ce cadre un processus « gestion de projet » a été déployé : lettres de mission aux directeur-trices et chefs de projet ; revue de projet régulière en séminaire de l'encadrement; outils d'échanges et de reporting.

L'amélioration des parcours s'articule autour de 12 parcours de santé

Le pilotage des parcours s'organise en interne à l'ARS, s'adjoignant des expertises en externe dans le cadre des comités stratégiques dédiés et co-présidés par des partenaires externes.

✓ **Trois parcours prioritaires pilotés par la direction générale**

Trois parcours prioritaires sont directement rattachés à la direction générale, conçus et pilotés par des directeur-trices de projet qui s'appuient sur des équipes projet issues de l'ensemble des directions. Ces parcours sont :

- Cancer
- Personnes âgées
- Santé mentale et psychiatrie

Le caractère « prioritaire » des trois parcours tient tout autant à leurs enjeux de santé publique, à leur portée régionale relayée par le national (expérimentation Paerpa, plan cancer...) qu'à leur grande transversalité entre les champs de la santé et entre les publics (santé mentale par exemple).

✓ **Neuf parcours co-pilotés par la direction de l'animation territoriale (DAT) et les directions métiers**

- Nutrition santé
- Diabète
- Maladies cardiovasculaires
- Neurologie
- Maternité et parentalité
- Petite enfance et enfance
- Adolescents et jeunes adultes
- Addictions
- Précarité-vulnérabilité (pilotage DAT uniquement)

2.4.2. Une structuration commune et un reporting global harmonisé

Dès lors que certaines activités passent en mode projet, elles doivent s'inscrire dans une structuration commune, de la formalisation des étapes jusqu'au reporting régulier, et ce durant le temps déterminé pour chaque projet.

Une bonne gestion de projet suppose de savoir clairement ce que l'on souhaite atteindre, par quel chemin, avec qui et dans quels délais. C'est pourquoi tous les projets stratégiques devront s'inscrire dans une méthodologie unifiée :

- Formalisation du cadre et des missions : nomination des directions et chefferies et équipes projet, notes de cadrage et lettres de mission ad hoc, définissant les objectifs généraux et opérationnels,
- Définition des actions, des échéances et de leur territorialisation,
- Suivi et valorisation des réalisations dans le cadre d'un outil partagé.

Des principes actés en matière de gestion de projet :

Dans l'objectif de garantir au mieux le maintien des expertises et des interlocuteurs privilégiés des partenaires de part et d'autre :

- ❖ Privilégier des chefferies de projet en binôme.
- ❖ Des équipes projet réparties dans les directions, composées au plus de 4 à 6 membres contributeurs, dont la désignation respecte au mieux les expertises sur le sujet (même si tous les référents actuels ne peuvent être contributeurs).
- ❖ Un temps dédié au pilotage et à la conduite du projet, de l'ordre de 0,6 ETP en moyenne pour le binôme en chefferie de projet (soit une moyenne de 0,3 chacun) et de 0,6 ETP pour l'ensemble de l'équipe projet (soit une moyenne de 0,15 par membre), à affiner par chaque direction/chefferie de projet.
- ❖ Un temps dédié de 0,5 à 1 ETP pour chaque directeur-trice de parcours prioritaire rattaché à la direction générale
- ❖ Ces principes nécessitent le cas échéant une adaptation aux situations spécifiques.

Au-delà de la méthodologie de projet, la question de l'harmonisation du pilotage et du suivi de l'ensemble des projets se pose aujourd'hui : le développement de nouvelles pratiques professionnelles sur un territoire élargi appelle, plus que jamais, à disposer d'une vision globale des projets de l'institution, assurant par là même une meilleure transversalité entre les thématiques.

Deux approches concomitantes mises en place :

1. Le pilotage des projets prioritaires et des parcours est effectué par les directeurs projets concernés (direction générale, direction de l'animation territoriale, directions métier) ; leur suivi rapproché est effectué dans le cadre de la chefferie de projet.
2. Le reporting global est assuré par la direction de l'animation territoriale et la direction de la stratégie, en charge d'en définir les modalités et les outils communs puis d'assurer la remontée et la valorisation des données récoltées dans une visée transversale.

Le reporting des projets

Outils en place en quatre niveaux généralisables pour les projets prioritaires et les parcours :

- > Niveau 1 : partage des informations sur la plateforme collaborative
- > Niveau 2 : fiche projet permettant de visualiser « d'un seul coup d'œil » les tenants et aboutissants du projet
- > Niveau 3 : des fiches actions permettant une vision détaillée de l'action et de ses avancées
- > Niveau 4 : un outil de suivi opérationnel des objectifs, unifié, permettant un reporting global au niveau de la direction de la stratégie

Modalités de reporting global :

Deux fois par an, les directions sont sollicitées par la direction de la stratégie pour partager leurs réalisations sous forme de points d'étape précis : regard qualitatif, renseignement des indicateurs quantitatifs et « météo » du projet. En complément du cadrage général et du reporting, la Direction de la stratégie propose aux pilotes le souhaitant un appui méthodologique et technique tout au long de la vie du projet.

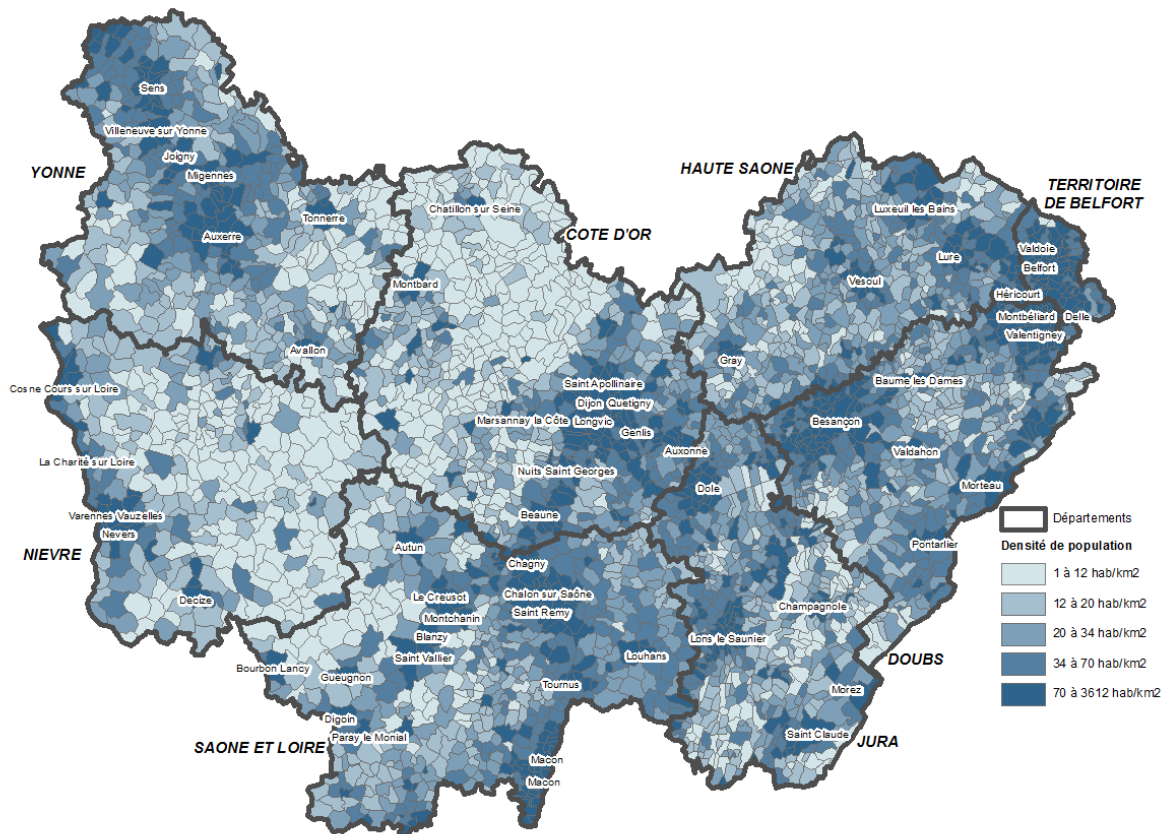
ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1	Cartographie de la Bourgogne-Franche-Comté : <ul style="list-style-type: none">- Densité de population par communes ;- Part de la population âgée de plus de 75 ans par communes ;- Médecins généralistes libéraux en maisons de santé ;- Etablissements sanitaires- Etablissements médico-sociaux.
Annexe 2	Récapitulatif du pilotage des projets stratégiques : <ul style="list-style-type: none">- Les 9 projets prioritaires ;- Les 12 parcours de santé.
Annexe 3	Les directions de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté

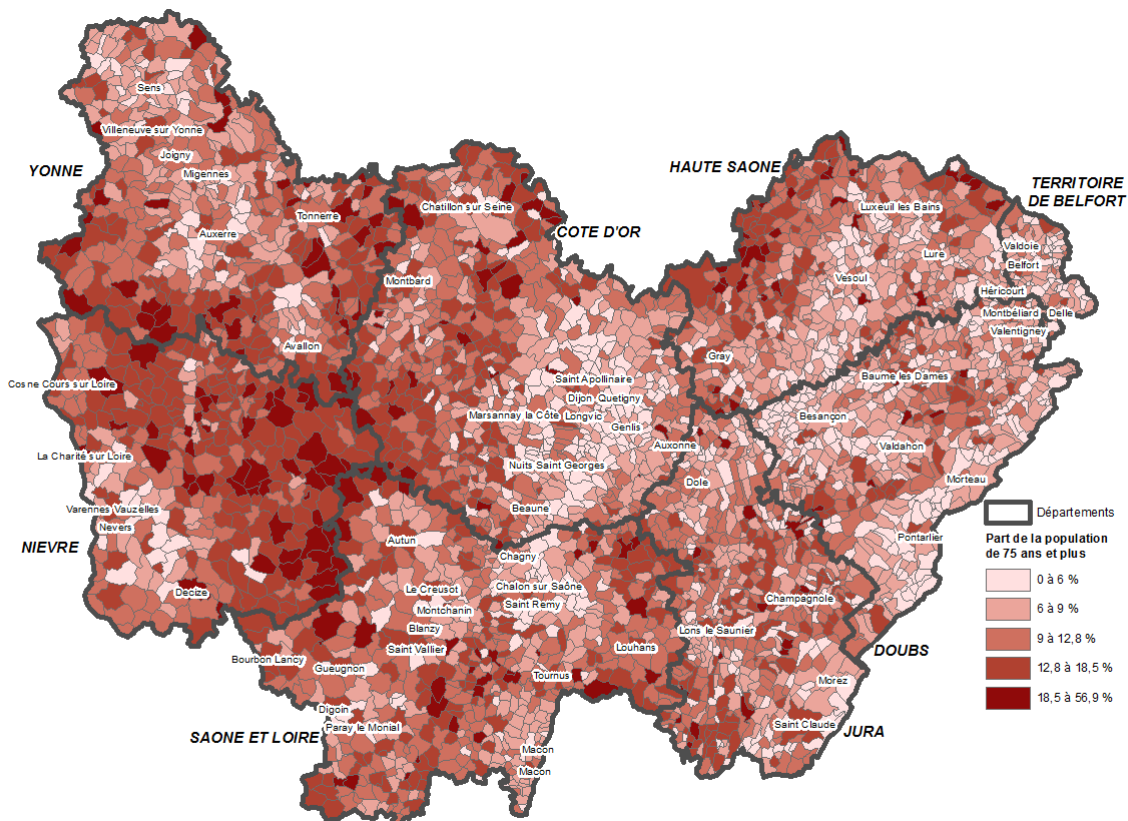
Annexe 1 - Cartographie de la Bourgogne-Franche-Comté

Bourgogne-Franche-Comté, Densité de population par communes



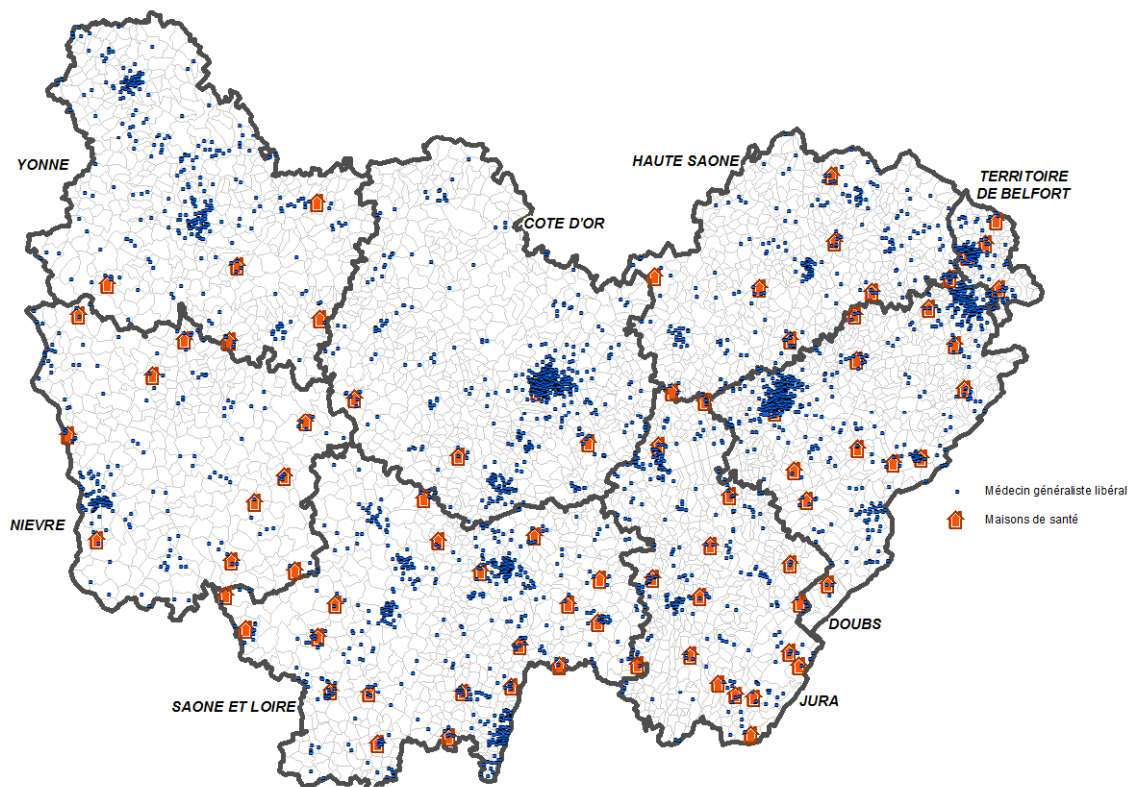
ARS Préfiguration - Direction de la Stratégie
Cartoviz - novembre 2015

Bourgogne-Franche-Comté, part de la population âgée de plus de 75 ans par communes



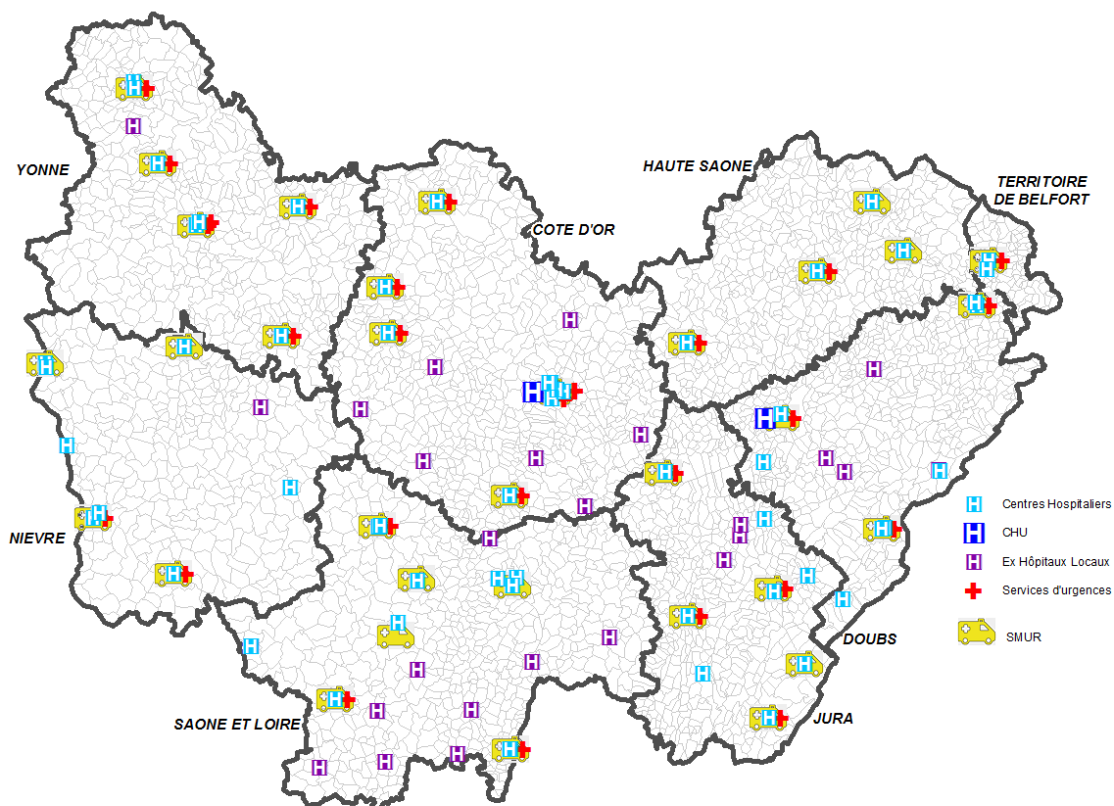
ARS Préfiguration - Direction de la Stratégie
Cartoviz - novembre 2015

Bourgogne-Franche-Comté, médecins généralistes libéraux et maisons de santé



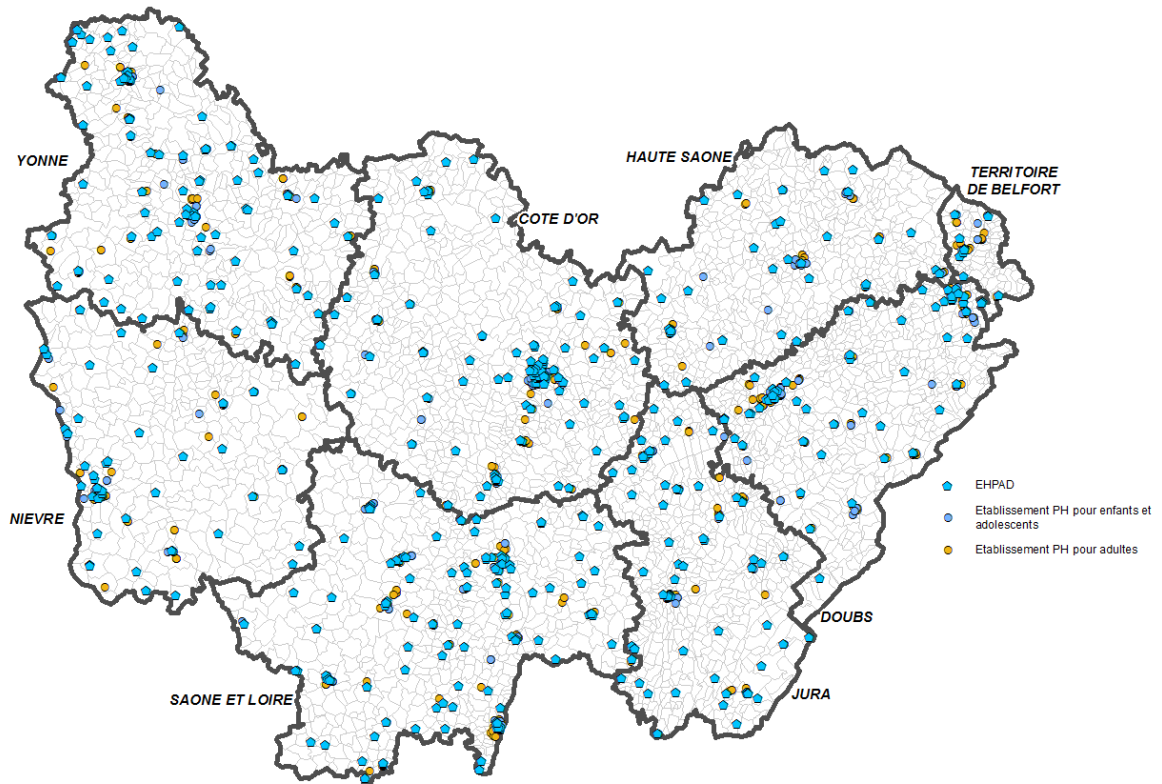
ARS Préfiguration - Direction de la Stratégie
Cartoviz - novembre 2015

Bourgogne-Franche-Comté, établissements sanitaires



ARS Préfiguration - Direction de la Stratégie
Cartoviz - novembre 2015

Bourgogne-Franche-Comté, établissements médico-sociaux



ARS Préfiguration - Direction de la Stratégie
Cartoviz - novembre 2015

Annexe 2 - Récapitulatif du pilotage des projets stratégiques

Les 9 projets prioritaires

Projets	Direction pilote	(co) Directeur-trice de projet	(co) Chef-fe de projet
1 - Plan régional santé environnement 3	DSP	Eric LALAURIE	Bruno MAESTRI
2 - Renforcement des soins de proximité (PTS)	DOS	Didier JAFFRE	Chantal MEHAY / Céline LAURENT
3 - Efficience et performance du système de santé			
- Plan triennal	DOS	Didier JAFFRE	François RICHAUD
- Plan d'action régional sur les urgences (PARU)	DOS	Didier JAFFRE	Anne LECOQ/Carole CUISENIER
- Politique régionale du médicament	DSP	Alain MORIN	Hélène DUPONT
- Soins palliatifs	DOS	Didier JAFFRE	Michel BENARD
4- Coopérations hospitalières – GHT	DOS	Didier JAFFRE	Marie-Line RICHARD/ Danièle SEKRI
5- Amélioration des parcours de santé	DGA/DAT	Olivier OBRECHT /Didier JACOTOT	
6 - Personnes en situation de handicap			
- Mise en œuvre du plan autisme	DA	Anne-Laure MOSER	Marie-Thérèse BONNOTTE/Caroline GUILLIN
- Parcours handicap et rapport « Zéro sans solution »	DA	Anne-Laure MOSER	Audrey PIERRE
7 - Schéma régional des ressources humaines en santé	DOS	Didier JAFFRE & Cédric DUBOUDIN	Danièle SEKRI & Ivanka VICTOIRE & Nadine GARTAU & Marilyn TEISSIER
8 – Développement de la e-santé	DS	Cédric DUBOUDIN/Frédéric CIRILLO	Frédéric CIRILLO & Bertrand LE RHUN
9 - Territorialisation des politiques de santé			
- Contrats locaux de santé/CTS	DAT	Didier JACOTOT	Isabelle ANNE/ Emmanuelle MALARBET
- Dynamique de participation citoyenne	DS	Claude MICHAUD	Pernelle PARENT & Emilie GUILLEMIN

Les 12 parcours de santé

Parcours	Direction pilote	(co) Directeur-trice de projet	(co) Chef-fe de projet
Cancer (M)*	DG/DGA	Marie-Jeanne CHOULOT	Florie RAFFE
Santé mentale et psychiatrie	DG/DGA	Françoise JANDIN & Edith PUGLIERINI	-
Personnes âgées (M)*	DG/DGA	Rachel BLANC	Emilie CONTANT (jusqu'au 30-06-16) Anne CORBIA Adeline PATTE
Précarité – vulnérabilité (M)*	DAT	Véronique WALSER	Anne CORBIA
Nutrition – Santé - Volet PNNS - Volet troubles nutritionnels	DOS & DSP	DOS/Pascal AVEZOU DSP/J-François DODET	DSP/Anne-Sophie COUTON DS/Emilie GUILLEMIN DAT/ Nadine PASSEREAU (jusqu'au 31-05-16) DAT/Audrey PRIGENT
Diabète (M)*	DAT & DSP	DAT/ Véronique TISSERAND DSP/ Gilles LEBOUBE	DAT/Audrey PRIGENT DOS/Nadine PASSEREAU
Maladies cardiovasculaires (M)*	DAT & DOS	DAT/ Jean-Marie HUTIN DOS / Pascal AVEZOU	DAT/ Adeline PATTE DOS/ Dominique BOLLOTTE (jusqu'au 31-07-16)
Neurologie (M)* - Volet AVC, Trauma crâniens... - Volet PMND	DAT & DOS & DA	Volet AVC, trauma crâniens : DAT/Geneviève FRIBOURG DOS/Pascal AVEZOU Volet PMND : DA/Anne-Laure MOSER	Volet AVC, trauma crâniens : DAT/Florie RAFFE DOS/My-Maï CAO Volet PMND : DA/Christine CASAGRANDE & Isabelle ROUYER
Maternité – parentalité	DAT & DOS	DAT/ Sandrine ODOUL-PIROUE DOS / Pascal AVEZOU	DAT/Valérie GARNIER DOS/ Valérie THOMASSIN
Petite enfance et enfance	DAT & DA	DAT/Jérôme NARCY DA/ Julie MILLIAN	DAT/Valérie GARNIER DS/ Karin TROGER
Adolescents et jeunes adultes (M)*	DAT & DSP	DAT /Régis DINDAUD DSP/Alain MORIN	DAT/ Emilie CONTANT (jusqu'au 31-05-16) Audrey PRIGENT DSP/ J-François DODET
Addictologie	DAT & DSP	DAT / Véronique WALSER DSP/ Alain MORIN	DAT / Valérie GARNIER DSP / Jacqueline BORSOTTI (jusqu'au 30-06-16) Emilie CONTANT (à/c du 01-07-16)

***(M) : parcours MATURES**

Annexe 3 - Les directions de l'ARS BFC

1. La Direction Générale

La direction générale a pour objectif de définir la politique de santé à mettre en œuvre au sein de la grande région et de s'assurer de sa mise en application. Les grands projets transversaux tels que la politique régionale du cancer, la prise en charge des personnes âgées et la politique régionale de santé mentale, seront pilotés et animés par des chefs de projets rattachés directement à celle-ci. Elle comprend également un cabinet.

2. La Direction de l'Inspection, du Contrôle et des Audits

Elle développe la transversalité par des interventions sur les quatre champs de compétence de l'Agence : les établissements de santé, les ESMS, les professionnels de santé, officines, labos..., et la santé environnementale.

Elle recherche l'amélioration de la performance des missions : performance dans leur préparation et dans leur réalisation ainsi que dans la gestion des ressources qui leur sont consacrées et une meilleure articulation de l'inspection-audit avec les autres leviers dont dispose l'agence, afin de cibler les interventions sur les risques repérés et d'intégrer les résultats dans le conventionnement et d'une manière générale les décisions prises par l'agence.

Ces principes ont présidé à son l'organisation :

Le rattachement à la Direction générale : pour affirmer le pilotage de l'ensemble des missions avec la centralisation du circuit de décision et de signature, l'action transversale sur tous les champs de l'ARS et une capacité d'arbitrage placée au-dessus des directions métiers.

La direction est constituée de trois unités :

- L'unité " inspection contrôle audit " qui répond à l'objectif de transversalité. Elle pilote et coordonne les programmes d'inspection et de contrôle et des inspections hors programme qui portent sur les quatre champs d'intervention de l'agence ainsi que des missions d'audit visant au développement du contrôle interne au sein des organismes. Elle est pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens et infirmiers de santé publique, inspecteurs, auditeurs et contrôleurs).
- L'unité " fonctions support d'inspections" qui répond à l'objectif de performance : elle prépare et suit la réalisation du programme et apporte un appui logistique à la réalisation de l'ensemble des missions d'inspection.
- L'unité " suivi des réclamations " qui répond à l'objectif de repérage des risques dans le cadre de la gestion des réclamations qu'elle centralise. Elle assure l'articulation avec les directions métier afin de garantir l'harmonisation des réponses et l'exploitation des résultats.

3. La Mission Pilotage Financier

La mission Pilotage Financier a pour objectifs d'une part, d'organiser la vision transversale et consolidée des financements pour éclairer les arbitrages de la direction générale et garantir l'efficacité des financements gérés par l'agence, et d'autre part, d'intervenir en appui des directions métier sur le champ de l'allocation de ressources.

Rattachée à la direction générale, dans un positionnement transversal par rapport aux directions, la mission interviendra sur le périmètre suivant pour préparer les arbitrages sur l'ensemble des moyens du FIR.

Elle aura donc pour missions:

- D'organiser des dialogues de gestion sur la base d'une stratégie clairement exposée ;
- D'impulser et organiser une démarche d'évaluation des dispositifs financés pour déterminer des marges de redéploiement de crédits ;
- De proposer une offre de services aux directions métiers en termes d'appui méthodologique, d'outils, de modèles, de conseils ;
- De mettre en place la démarche de contrôle interne ;
- De gérer spécifiquement le FIR.

4. La Direction de la Communication

La direction de la communication valorise la politique de l'Agence régionale de santé auprès de ses partenaires (professionnels et institutionnels), des médias et de la population tout en contribuant également à la sensibilisation aux grandes causes de santé publique.

En interne, elle doit favoriser la cohésion des équipes. Elle vient en appui aux différentes directions pour la promotion de leurs actions.

Son activité se répartit entre la gestion des relations presse, la conduite d'événementiels, l'élaboration de publications et la gestion des supports digitaux (web et réseaux sociaux).

L'organisation de la direction de la communication a été élaborée sur la base d'un diagnostic très détaillé. Elle tend à assurer la permanence et la proximité des équipes sur les deux sites majeurs et témoigne de la diversité des compétences et des savoir-faire dont elle dispose, dans l'ensemble des champs de la communication : chargés de communication, assistante de communication, graphiste et chargé de mission culture et patrimoine santé.

Le dimensionnement de la Direction de la communication prend en compte son nouveau périmètre territorial d'intervention. Celle-ci voit son rôle stratégique conforté par un rattachement direct à la Direction générale.

5. La Direction de l'Animation Territoriale

Sans rappeler ici les principes de l'animation territoriale¹, cette direction est essentielle pour l'agence régionale, car elle est la traduction de sa volonté d'une territorialisation accrue de ses interventions.

Elle a donc structurellement pour vocation :

- Le développement d'une politique de proximité, couvrant l'ensemble du champ de l'agence.
- La mise en œuvre d'une meilleure coordination entre institutions, professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, dans le cadre d'un programme d'actions territorialisées et dans une logique de parcours,
- Le décloisonnement des dispositifs pour initier des parcours de soins, des parcours de santé impliquant l'ensemble des partenaires institutionnels,
- La contractualisation avec les partenaires du territoire,
- L'animation des instances territoriales de démocratie en santé.

Ainsi est-elle amenée à porter, conduire, initier des projets, décliner des parcours sur les territoires dans une logique de contractualisation, d'évaluation. L'enjeu consiste à créer les synergies territoriales en travaillant au quotidien avec les acteurs santé du territoire, mais également avec les opérateurs de l'Etat, les collectivités, les élus, les usagers.

La direction de l'animation territoriale est logiquement implantée sur les 8 sites de l'agence. Au regard des missions transversales, du champ de compétence santé qui est par essence multifactoriel, la direction de l'animation territoriale travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des autres directions de l'agence. Cette collaboration est essentielle et ce dans une logique d'information, d'articulation, d'animation, de coordination, de cohérence d'actions.

Elle est structurée selon deux approches :

- L'une a pour objectif de coordonner les actions, d'assurer l'interface avec les directions métiers, de consolider les approches transversales sur les territoires, le décloisonnement des prises en charge dans une logique de parcours.
- La seconde en proximité vise à la mise en œuvre opérationnelle des stratégies, des priorités, et également à construire un dialogue dynamique, interactif avec les partenaires institutionnels, professionnels, associatifs, politiques....

Au niveau du siège, la direction de l'animation territoriale se compose donc d'un département ingénierie et pilotage qui :

- Contribue à la coordination fonctionnelle des managers de l'animation territoriale et des parcours ;
- Construit un lien transversal avec les acteurs internes ;
- Conceptualise un schéma directeur cible pluriannuel ;
- Impulse une vision managériale partagée en mobilisant les équipes afin de garantir des coopérations tant internes qu'externes.

Un adjoint au Directeur est en charge de la cohésion et de l'animation du réseau des délégués territoriaux. Au niveau local, dans chacun des 8 sites de l'ARS, un délégué départemental coordonne et anime une équipe en charge de déployer les politiques de santé sur chacun des territoires de la région (cf. partie 2.3.3).

¹ Supra page 10

6. La Direction de la Stratégie

La direction de la stratégie a des missions plurielles et de nature transversale, de pilotage, mais également d'appui aux autres directions ; elle est organisée autour de trois départements : e-santé ; observation, statistique et analyse ; pilotage et démocratie sanitaire, qui sont positionnés à Besançon. Pour autant, la direction de la stratégie est présente sur les 2 sites principaux et a également des collaborateurs en délégation départementale.

Le département e-santé a pour mission l'élaboration et le suivi de la stratégie régionale en e-santé. Il pilote les expérimentations telles que « Territoire de soins numérique », organise la mise en œuvre du socle régional de services en e-santé (Répertoire opérationnel des ressources, messagerie sécurisée de santé, dossier médical partagé, ...) et le développement des systèmes d'information en santé au sein de l'offre hospitalière, ambulatoire et médico-sociale. Il œuvre également au développement des outils de télémédecine avec les différents partenaires.

Le département observation, statistique, analyse est garant de la qualité des référentiels (Adeli, Finess, RPPS, ...), et des remontées des enquêtes nationales ou régionales (ES, EHPA, SAE). Il œuvre à la mise à disposition de données, d'outils, en particulier cartographiques, voire de simulateurs à destination des autres directions de l'agence. Il réalise avec les directions métiers ou pour celles-ci des études, analyses, évaluations médico-économiques. Pour cela, il structure les données et ces outils dans une démarche d'entrepôt de données, de système d'information décisionnel ou géographique d'une part et anime son réseau de partenaires institutionnels, universitaires, et autres, dans le cadre de plateforme par exemple, d'autre part.

Le département pilotage et démocratie en santé a trois principales missions : en premier lieu, il organise l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet régional de santé, il met en œuvre et déploie la méthode de gestion de projets et organise le reporting de l'ensemble des projets de l'agence. Il organise de la même manière l'élaboration du Cpom Etat-ARS, le suit et réalise l'articulation avec le secrétariat général du ministère. En deuxième lieu, le département pilote et réalise la gestion de la démocratie en santé et de ses instances. Enfin, il assure et organise la veille scientifique et médiatique, ainsi que l'appui documentaire pour l'ensemble des collaborateurs de l'agence.

Enfin, la DS expérimentera des démarches prospectives fondées sur une analyse stratégique des usages sociaux de la santé (pouvant croiser apports statistiques, géographiques et qualitatifs) dans la perspective de questionner et d'enrichir les orientations de l'ARS. Elle travaillera également à établir des liens forts avec les universités de Bourgogne et de Franche-Comté afin de développer des coopérations devant déboucher sur des actions communes telles que l'Université d'été francophone de santé publique de Besançon.

7. La Direction de la Santé Publique

La direction de la santé publique a pour mission de piloter et mettre en œuvre la politique régionale en matière de santé environnementale, de prévention et promotion de la santé, de défense sanitaire, de veille et gestion des alertes sanitaires, de la lutte contre les addictions, de la qualité et de la sécurité des soins et des produits, de la gestion des soins psychiatriques sans consentement.

Le choix de l'organisation a pour objectif, dans un contexte d'accroissement du nombre de partenaires extérieurs et de doublement des sites d'implantation, de doter les unités d'une forte autonomie et de limiter à 4 les échelons hiérarchiques afin de fluidifier la ligne managériale et renforcer l'implication de tous les collaborateurs.

La transversalité indispensable sera assurée à la fois par des projets (projet régional santé environnement, politique régionale du médicament) mais aussi par le champ transversal de certaines thématiques (lutte contre les addictions, prévention et promotion de la santé, qualité et sécurité des soins et des produits, veille et gestion des alertes, défense sanitaire, expertise pharmaceutique et biologique).

Elle est implantée sur les 8 sites. Elle travaille en étroite collaboration avec les autres directions métiers et avec la direction de l'animation territoriale notamment pour le déploiement de la politique de prévention/promotion de la santé et de santé environnementale. Elle travaille également en lien étroit avec les préfetures pour les questions de santé environnementale (eau potable, eau de baignade, environnement extérieur), de préparation et de gestion des crises et des soins psychiatriques sans consentement.

Elle assure également le pilotage des structures d'appui et de vigilances (observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique-OMEDIT, antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales-ARLIN, réseau qualité-REQUA, Coordonnateur régional d'hémovigilance) dans le cadre de la mise en place de la loi de santé publique, notamment par la création et l'animation du réseau régional des vigilances et d'appui (RREVA) qui intègre outre les structures sus mentionnées, le centre régional de pharmacovigilance.

C'est pourquoi la direction de la santé publique comporte quatre départements :

- santé environnement, composé d'une unité régionale et de huit unités territoriales implantées dans les délégations territoriales,
- prévention et promotion de la santé,
- qualité et sécurité, comportant trois unités : qualité et sécurité des soins et des produits, expertise pharmaceutique et biologique, soins psychiatriques sans consentement.
- alertes et crises.

Les départements de la direction de la santé publique seront répartis équitablement sur les deux sites de Dijon et Besançon.

Le département santé environnement sera positionné à Besançon, le département prévention promotion de la santé sur Dijon, le département alertes et crises à Besançon avec des postes pérennes à Dijon, et le département qualité et sécurité sur les deux sites avec une unité bi-sites managée depuis Dijon (soins psychiatriques sans consentement) et deux unités mono sites situées à Dijon (qualité et sécurité des soins et des produits, expertise pharmaceutique et biologique).

De la même façon, l'équipe de management sera composée de collaborateurs des ARS Bourgogne et Franche-Comté afin de faciliter la création d'une nouvelle culture commune en maintenant la proximité avec tous les partenaires.

8. La Direction de l'Organisation des Soins

Cette direction a la responsabilité de l'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers aux niveaux régional et territorial, mais également de l'accompagnement des ressources humaines du système de santé. Elle assure également la gestion de certains professionnels de santé et de certaines situations individuelles (avis sur les séjours des patients étrangers malades dans l'attente des évolutions législatives sur ce sujet).

Quelques principes d'organisation fondateurs :

- une organisation symétrique entre soins ambulatoires et soins hospitaliers (2 unités régionales, 1 unité territoriale),
- des départements soins ambulatoires et professionnels de santé renforcés en moyens humains,
- la prise en compte des projets structurants dans l'organisation fonctionnelle (chaque département a la responsabilité d'un projet structurant, deux pour le département performance des soins hospitaliers),
- une organisation conciliant à la fois expertise régionale et proximité pour accompagner les partenaires, d'où des unités territorialisées,
- une répartition des missions entre la DOS et la DAT basée sur le principe suivant : la DAT assure l'animation territoriale transversale avec les acteurs de santé, la DOS assure l'expertise technique,
- une attention particulière pour le suivi des deux CHU.

Dans ce cadre elle est en charge de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du SROS et du SIOS.

Elle a la responsabilité également de 4 projets structurants de l'ARS BFC :

- le pacte territoire santé,
- le plan triennal,
- les recompositions hospitalières,
- le schéma régional des ressources humaines en santé.

La DOS travaille en étroite collaboration avec les autres directions de l'ARS afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des parcours de vie et de soins, mais également dans une approche transversale et décloisonnée de l'organisation du système de santé.

Elle s'organise en trois départements :

- un département accès aux soins primaires et urgents, avec une unité en charge de la régulation de l'offre ambulatoire (régulation et organisation de l'offre de soins primaires, expertise juridique et conditions d'exercice (officines et laboratoires), allocation de ressources des dispositifs de ville), une unité en charge de l'accès aux soins urgents (continuité et permanence de l'accès aux soins urgents, gestion et suivi des transports sanitaires),
- un département performance des soins hospitaliers avec une unité en charge de la régulation de l'offre hospitalière (pilotage régional et technique du SROS et expertises thématiques, expertises juridiques régionales, pilotage régional et évaluation des ressources), une unité en charge de l'appui à la performance des établissements de santé (pilotage régional et technique GDR/plan triennal, de la coopération et de la contractualisation, des démarches performance et finances, du SRIS, gestion et utilisation des bases PMSI), une ou deux unités en charge du suivi des territoires de soins hospitaliers (selon l'identification ou pas d'une unité spécifique pour les territoires auxquels appartiennent les deux CHU, réparties en 4 équipes : 21/25, 71/39, 58/89, 70/90 ; en charge de l'animation et de la négociation des coopérations, des autorisations, du suivi financier, des CPOM, de la représentation)
- un département ressources humaines du système de santé, avec une unité en charge de l'accompagnement des futurs professionnels de santé (démographie des professionnels de santé, qualité des formations médicales et paramédicales, enregistrement des professionnels, allocation de ressources), une autre unité en charge de l'accompagnement des professionnels de santé déjà en exercice (gestion des ressources humaines des établissements de santé et médico-sociaux, restructuration et formation continue, affaires médicales, coopérations entre professionnels de santé, sanctions et suspensions, allocation de ressources).

9. La Direction de l'Autonomie

La Direction de l'Autonomie a pour mission de définir et de mettre en œuvre de manière transversale la politique nationale et régionale de l'organisation médico-sociale en couvrant à la fois les champs personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Elle est chargée des fonctions d'organisation de l'offre et du pilotage des schémas et programmes relevant du secteur médico-social. En lien avec les autres directions métiers et supports, la direction de l'autonomie met en œuvre les missions liées aux autorisations et à la contractualisation avec les établissements et services médico-sociaux en perte d'autonomie (personnes âgées et handicapées).

Avec la création de la grande région, ce sont plus de 1 000 établissements et services médico-sociaux implantés sur l'ensemble du territoire à la fois sur des zones urbaines, périurbaines et rurales, près de 300 000 personnes âgées de plus de 75ans soit 11% de la population, une dynamique réelle dans le parcours des personnes handicapées. C'est aussi 8 Conseils départementaux, 8 MDPH, de nombreux partenaires institutionnels, acteurs associatifs, et professionnels aux côtés de l'ARS pour mener à bien la politique médico-sociale, politique dont le chef de fil est le Conseil départemental.

De ce fait, la direction de l'autonomie se structure autour de 4 départements :

- Département appui au pilotage et à la performance, pour :
 1. Identifier un pilotage fort des plans/programmes ;
 2. Mener des analyses au sein des ESMS : encadrement, coût ;
 3. Moderniser l'offre médico-sociale à travers le développement d'une culture de la performance.

- Département organisation de l'offre personnes âgées :
 1. Décliner de manière opérationnelle les orientations nationales et régionales (SROMS), notamment en répondant aux besoins et en respectant les choix de vie des personnes âgées en facilitant l'orientation et le suivi et en diversifiant les services offerts notamment pour favoriser le maintien à domicile ;..
 2. Améliorer et restructurer l'offre médico-sociale afin de mieux répondre aux besoins du territoire (redéploiements, diversifications, restructuration du secteur public des EHPAD, redimensionnement des territoires d'intervention des SSIAD ...)
 3. Contractualiser avec les gestionnaires de structures pour accroître la qualité de l'accompagnement (médicalisation des EHPAD, anticipation du passage en CPOM...et optimiser l'utilisation des fonds publics.

- Département Organisation de l'offre personnes handicapées :
 1. Décliner de manière opérationnelle les orientations nationales et régionales (SROMS), notamment le développement de l'inclusion dans le milieu ordinaire de vie, en lien avec tous les partenaires concernés ;
 2. Améliorer et restructurer l'offre médico-sociale afin de mieux répondre aux besoins du territoire (redéploiements, diversifications, ...) ;
 3. Contractualiser avec les gestionnaires de structures pour accroître la qualité de l'accompagnement (formations, recommandations de bonnes pratiques, individualisation des prestations, ..) et optimiser l'utilisation des fonds publics.

- Département Allocation de ressources :
 1. Pilotage régionalisé renforcé et unifié.

Cette organisation s'appuie de fait sur les délégations départementales, les équipes des départements organisation de l'offre personnes âgées et de l'offre personnes handicapées étant multi sites et réparties sur les 8 sites de l'ARS.

Enfin, la direction de l'Autonomie est une direction métier au carrefour des autres directions s'appuyant ainsi sur les champs sanitaire, social, de la santé publique, et de l'animation territoriale afin de mieux accompagner les populations fragilisées dans leur parcours de soins et de vie.

10. La Direction des Ressources Humaines et des Moyens

La Direction des Ressources Humaines et des Moyens (DRHM) comprend l'ensemble des missions relatives au pilotage et à la gestion des ressources humaines, de l'organisation et des moyens constituant l'environnement de travail des personnels de l'agence, la gestion des risques internes (organisation, management, qualité). Chaque mission se répartit en identifiant ce qui relève du pilotage régional d'une part, et de l'autre de missions de proximité.

La DRHM est structurée en trois départements correspondants aux trois domaines de compétences :

- Département des ressources humaines
 - o Prise en charge et production de tous les actes de gestion et de paye,
 - o Organisation du travail, dispositifs indemnitaires et politiques de rémunération,
 - o Conduite du changement et contrôle de gestion social,
 - o Dialogue social et conditions de travail,
 - o Compétences, formation, carrières et recrutement.
- Département des moyens
 - o Mutualisation des achats, marchés publics et développement durable,
 - o Gestion des commandes, relations fournisseurs et services faits,
 - o Services généraux, logistique, parc véhicule, immobilier, accueil, courrier.
- Département des systèmes d'informations
 - o Projets systèmes d'information interne des ARS,
 - o Bureau virtuel, travail collaboratif,
 - o Infrastructure, impressions, réseaux, téléphonie, visioconférence, webconférence,
 - o Assistance bureautique utilisateurs.

11. La Direction Financière et Agence Comptable

La Direction Financière Agence Comptable a pour missions d'élaborer et de suivre l'exécution du budget de l'ARS, de tenir la comptabilité générale, de contrôler les opérations de dépenses et de recettes. Elle doit assurer le maintien de la cohérence entre ces 2 comptabilités (budgétaire et générale). Elle veille sur la qualité des opérations financières en s'appuyant sur une démarche de maîtrise des risques.

Pour répondre à ces exigences, la DFAC est structurée en 2 départements :

- Un département « budget/maîtrise des risques » en charge du budget, de la trésorerie, de la maîtrise des risques et de la modernisation des procédures,
- Un département « comptabilité » structuré en 4 services : service facturier, contrôle de la paye, recettes et comptabilité.