



Agence régionale de santé de Bourgogne Franche-Comté

ÉVALUATION CONJOINTE DES PROJETS REGIONAUX DE SANTE 2012-2016 DE BOURGOGNE ET DE FRANCHE-COMTE

Réf : RF_ARS BFC_Volume1_VD.

Date : 17 janvier 2017

Sommaire

1	PREAMBULE	7
1.1	Finalité et périmètre de l'évaluation.....	8
1.2	Questionnement évaluatif et méthode de l'évaluation.....	9
2	BILAN DES PRS.....	10
2.1	Construction et présentation du bilan	11
2.2	Porte 1 : L'accès aux soins de premier recours	12
2.3	Porte 2 : L'organisation territoriale du recours aux soins.....	36
2.4	Porte 3 : Le parcours des personnes en situation de handicap	62
2.5	Porte 4 : Le parcours de santé des personnes âgées	83
2.6	Porte 5 : Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les CLS	102
2.7	Porte 6 : e-santé.....	120
2.8	Porte 7 : Parcours en santé mentale.....	138
3	ETUDE DES ACTIONS REUSSIES	158
	Méthodologie	159
4	ANALYSE DES EVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES ET DE LEURS EFFETS.....	160
4.1	Méthodologie.....	161
4.2	Objectif 1 : Décloisonner l'organisation du système de santé régional	162
4.3	Objectif 2 : Conforter la place des usagers	167
4.4	Objectif 3 : Améliorer l'efficience	171
4.5	Objectif 4 : garantir l'équité d'accès aux soins.....	176
5	RECOMMANDATIONS GENERALES.....	181
5.1	Préambule	182
5.2	Détail des recommandations	183
6	ANNEXES	187
6.1	Liste des interlocuteurs - Bilan	188
6.2	Liste des interlocuteurs - Actions réussies	190

Documents de référence

- (DR1) ARS Bourgogne Franche-Comté - CCTP « Evaluation conjointe des Projets régionaux de santé (PRS) 2012-2016 de Bourgogne et de Franche-Comté »
- (DR2) MC2 consultants - Proposition d'intervention référencée PF_ARS BFC_Eval conjointe PRS_V1.0 du 8 avril 2016
- (DR3) MC2 consultants – Note de cadrage référencée NT_ARS BFC_Eval PRS_Cadrage_V1.1 du 6 juin 2016

Suivi des livraisons

Version	Date	Objet
V1.0	05.10.2016	Rapport intermédiaire
V1.0	01.12.2016	Projet de rapport final
V1.1	17.01.2017	Projet de Rapport final

Objet du document

Ce document constitue le projet de rapport final de la mission d'évaluation des projets régionaux de santé (PRS) mis en œuvre dans les régions Bourgogne et Franche-Comté sur la période 2012-2016.

Conformément à la note de cadrage, ce rapport présente, en plus des « premières analyses » issues de la phase 1 de l'évaluation :

- l'analyse des évolutions organisationnelles et de leurs effets (Q3)
- les recommandations

Les 6 actions réussies étudiées dans le cadre de l'évaluation sont présentées dans un document séparé.

Liste des sigles

AHFC : association hospitalière de Franche-Comté	CLSM : conseil local en santé mentale
ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux	CME : commission / conférence médicale d'établissement
APEI : association de parents et amis de personnes handicapées mentales	CMP : centre médical et psychologique
ARESPA : association du réseau de santé, de proximité et d'appui	CNSA : caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie
ARMU : antenne de réponse médicale urgente	CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
ARS : agence régionale de santé	CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
ATS : animateurs territoriaux en santé	CRA : centre de ressources autisme
BFC : Bourgogne-Franche-Comté	CRRA : centre de réception et de régulation des alertes
CA : communauté d'agglomération	CRA 15 : centre de régulation des appels du SAMU
CAMPS : centre d'action médico-sociale précoce	CREAI : centre régional d'études, d'actions et d'informations
CCAS : centre communal d'action sociale	CreMPsy : centre de ressources sur la maladie et le Handicap psychiques
CCP : coordination clinique de proximité	CRIAVS : centres régionaux pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle
CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	CSO : centre spécialisé obésité
CDATS : comité départemental d'animation territorial en santé	CTP : convention tripartite pluriannuelle
CDS : centre de santé	CTS : conseils territoriaux en santé
CEEDA : centre d'éducation pour enfants déficients auditifs	DGOS : direction générale de l'offre de soins
CESP : contrat d'engagement de service public	DMP : dossier médical partagé
CH : centre hospitalier	DPC : développement professionnel continue
CHBM : CH de Belfort Montbéliard	DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
CHRU : centre hospitalier régional universitaire	EHESP : école des hautes études en santé publique
CHS : centre hospitalier spécialisé	EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées
CHT : communauté hospitalière de territoire	EMG : équipe mobile de gériatrie
CHU : centre hospitalier universitaire	EN : Education nationale
CLS : contrat local de santé	ENRS : Espace Numérique Régional de Santé

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ESMS : établissements et services médico-sociaux

ETP : équivalent temps plein

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FC : Franche-Comté

FIR : fonds d'intervention régional

FMIH : fédération médicale inter-hospitalière

GATS : groupe d'animation territoriale de santé

GCS : groupement de coopération sanitaire

GEM : groupe d'entraide mutuelle

GHT : groupement hospitalier de territoire

GIE IMPA : groupement d'intérêt économique ingénierie maintien à domicile des personnes âgées

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HPST : hôpital, patients, santé, territoires (loi)

ICRUB : instance collégiale régionale des urgences de Bourgogne

IDE : infirmier diplômé d'Etat

IDEC : infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

IDEL : infirmier diplômé d'Etat libéral

IEM : institut d'éducation motrice

IEN ASH : inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés

IME : institut médico-éducatif

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

IRTS : institut régional de travail social

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : maison d'accueil spécialisé

MCS : médecins correspondants du SAMU

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MECS : maisons d'enfants à caractère social

MG : médecine générale

MSA : mutualité sociale agricole

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

MSU : maître de stage universitaire

ODF : orthopédie dentofaciale

OMEGAH : objectif mieux être grand âge hébergement (programme)

OPCA : organisme paritaire collecteur agréé

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PA : personnes âgées

PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie (programme)

PAPA : préservation de l'autonomie des personnes âgées (programme)

PAPS : portail d'accompagnement aux professionnels de santé

PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

PAT : programme d'actions territoriales

PDSA : permanence des soins ambulatoires

PEP : pupilles de l'enseignement public

PH : personnes handicapées

PHV : personnes handicapées vieillissantes

PMI : protection maternelle et infantile

PNNS : programme national nutrition santé

PPS : plan personnalisé de santé

PPSS : programme Prévention Santé Senior

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRIAC : Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : projet régional de santé

PSPA : Parcours santé des personnes âgées (programme)

PSRS : plan stratégique régional de santé

PTMG : praticien territorial de médecine générale

PTS : Pacte Territoire Santé

PTS : plateforme territoriale de coordination

RAM : relais assistantes maternelles

RéPPOP : réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique

ROR : répertoire opérationnel des ressources

SAFEF : service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAU : service d'accueil des urgences

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SDIS : service départemental d'incendie et de secours

SDRE : soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SROMS : schéma régional d'organisation médicosociale

SROS : schéma régional d'organisation des soins

SSAD : services de soins à domicile

SSEFIS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

STSP : service territorial de santé au public

SU : structures d'urgence

TED : troubles envahissants du développement

TSA : troubles du spectre autistique

TSN : territoire de soins numérique

UFR : unité de formation et de recherche

UFSBD : union française pour la santé bucco-dentaire

UHR : unité d'hébergement renforcé

URPS : union régionale des professionnels de santé

1 Préambule

1.1 Finalité et périmètre de l'évaluation

• UNE EVALUATION PORTANT SUR 2 PRS DISTINCTS

Conformément à la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (dite Loi NOTRe), les deux ARS de Bourgogne et de Franche Comté ont fusionné de manière effective à compter du 1er janvier 2016 sous le nom de ARS de Bourgogne-Franche-Comté. La nouvelle région s'étend sur 47 784 km², compte 2 816 814 habitants (recensement 2012) et réunit les départements de la Côte-d'Or, du Doubs, de la Haute-Saône, du Jura, de la Nièvre, de Saône-et-Loire, du Territoire de Belfort et de l'Yonne.

Suite à la fusion, la nouvelle ARS a choisi de procéder à une évaluation commune des deux Projets régionaux de santé de Bourgogne et de Franche-Comté 2012-2016 dans la perspective de l'élaboration d'un unique Projet régional de santé dans ce cadre rénové.

• UNE DOUBLE FINALITE INFORMATIVE ET PROSPECTIVE

Le cahier des charges de cette évaluation précise qu'elle « vise à apprécier les écarts entre les objectifs fixés et les résultats de la mise en œuvre du PRS dans les ex régions, tout en produisant une analyse territoriale croisée permettant d'éclairer l'élaboration du prochain PRS commun. » Elle a donc une double dimension :

- Informative : rendre compte de ce qui a été fait ;
- Prospective : conformément à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le PRS2 entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2018. L'évaluation s'inscrit dans cette perspective, elle doit permettre d'extraire de manière pragmatique les enseignements des choix stratégiques des PRS dans chacune des ex-régions et formule des recommandations directement opérationnelles pour l'élaboration du PRS2.

• UN PERIMETRE DEFINI PAR 7 « PORTES D'ENTREE »

Le PRS est un outil de planification complexe et étendu, qui se décline dans différents schémas, programmes et plans d'action. Il est construit autour de 22 priorités stratégiques en Franche-Comté et de 7 parcours en Bourgogne.

Dans ce contexte, il était indispensable de cerner le périmètre de l'évaluation et qu'il soit identique pour les PRS des deux anciennes régions, de façon à pouvoir en faire une lecture transversale.

Le Comité de pilotage de l'évaluation a fait le choix d'une approche par « portes d'entrée » thématiques. Le choix de ces portes d'entrée s'est appuyé sur plusieurs critères : importance stratégique (au regard des priorités régionales comme nationales), dimension prospective (enjeux pour l'avenir, évolutions législatives), modalités d'action différentes dans les deux anciennes régions.

Les 7 portes d'entrée de l'évaluation

1. Accès aux soins de premier recours
2. Organisation territoriale des 2ème et 3ème recours
3. Parcours de vie des personnes en situation de handicap
4. Parcours de santé des personnes âgées
5. Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les CLS
6. Développement de l'e-santé
7. Parcours en santé mentale

On notera que le sujet de la prévention ne fait pas l'objet d'une porte d'entrée en particulier, mais qu'il constitue un sujet transversal abordé au travers de plusieurs des portes d'entrée retenues (portes 1, 3, 4, 5 notamment).

1.2 Questionnement évaluatif et méthode de l'évaluation

- **UNE EVALUATION STRUCTUREE AUTOUR DE DEUX GRANDES QUESTIONS EVALUATIVES**

Question 1 (Q1) : la mise en œuvre de chaque PRS a-t-elle répondu aux objectifs prioritaires fixés par chaque PRS en 2012 ? Quels en sont les principaux résultats ?

Cette question interroge l'effectivité des PRS (les actions prévues ont-elles été mises en œuvre ?) et leur efficacité (pour quel résultat au regard des objectifs initiaux ?)

Question 2 (Q2) : en quoi la mise en œuvre de chaque PRS a-t-elle influé sur l'organisation du système de santé régional en Bourgogne comme en Franche-Comté ?

Les objectifs poursuivis par les PSR relatifs au décloisonnement et à l'efficacité du système de santé régional, à la place des usagers, à l'équité d'accès aux soins, ont pu conduire à faire évoluer l'organisation du système de santé. Il s'agit d'apprécier les effets de ces évolutions au regard de ces objectifs.

- **UN APPROFONDISSEMENT DE L'EVALUATION SUR UNE SERIE D' ACTIONS REUSSIES**

Le cahier des charges prévoit d'approfondir l'évaluation de l'efficacité des PRS à travers l'étude d'une série d'actions probantes. Menées dans l'une ou l'autre des anciennes régions, jugées pertinentes et réussies, ces actions pourraient être généralisées à la nouvelle grande région.

Il s'agit, en portant sur ces actions un regard plus approfondi, d'apporter les éléments nécessaires à la prise de décision concernant leur généralisation à l'ensemble de la grande région dans le cadre du futur PRS,

- d'une part, en appréciant l'efficacité et l'efficacé de ces actions à travers l'adéquation moyens dédiés/résultats escomptés et résultats effectifs,
- d'autre part en identifiant le potentiel de transposition (pertinence et ressources nécessaires) de ces actions à la grande région, dans le cadre des différents projets et parcours de santé lancés par la nouvelle ARS BFC dès 2016, ainsi que les facteurs de réussite.

- **UNE DEMARCHE EN TROIS TEMPS**

Cette évaluation comporte 3 étapes :

1. Premières analyses : cette étape inclut l'analyse globale du processus d'élaboration du PRS (Q1), le bilan évaluatif des PRS (Q2) et l'analyse de 2 actions phares avec l'objectif de tester et préciser l'approche.
2. Approfondissement des analyses : cette étape inclut l'étude des autres actions phares sélectionnées par le comité de pilotage du 12.10.2016 ainsi que l'analyse des évolutions organisationnelles et de leurs effets (Q3).
3. Recommandations : cette étape finale est consacrée aux conclusions de l'étude et à la construction des recommandations.

2 Bilan des PRS

2.1 Construction et présentation du bilan

• PREAMBULE

Consacrée au bilan des PRS de Bourgogne et de Franche-Comté, cette section est construite de la manière suivante :

Les chapitres qui suivent (2.2 à 2.8) apprécient l'effectivité de la mise en œuvre de chaque PRS (les actions prévues ont-elles été mises en œuvre ?) et leur efficacité (pour quel résultat au regard des objectifs initiaux ?) ; Ils visent à répondre à la question **Q1 : la mise en œuvre de chaque PRS a-t-elle répondu aux objectifs prioritaires fixés par chaque PRS en 2012 ? Quels en sont les principaux résultats ?**

• APPROCHE METHODOLOGIQUE DE L'EFFECTIVITE ET DE L'EFFICACITE DES PRS

Chacun des chapitres 2.2 à 2.9 est consacré à l'une des « portes d'entrée » retenues pour l'évaluation conjointe des PRS de Bourgogne et de Franche-Comté.

Pour chacune de ces portes d'entrée, il examine :

- Les objectifs du PRS au regard de cette porte d'entrée : la porte d'entrée de l'évaluation ne correspond généralement pas à un chapitre spécifique du Programme Régional de Santé ou des différents schémas et programmes dans lesquels ils se déclinent. Nous avons donc recherché dans chacun des PRS les objectifs relatifs au périmètre de chacune des portes, et en avons proposé une formulation.
- Les leviers d'action envisagés dans chacune des régions pour atteindre ces objectifs
- Les actions effectivement engagées sur la période 2012-2016
- Les effets du PRS et sa plus-value au regard des objectifs initiaux.

• PREMIERS CONSTATS

L'établissement d'un bilan exhaustif pour chaque porte d'entrée a rencontré des limites liées à :

- L'évolution des stratégies et des objectifs des PRS

Les objectifs établis au démarrage des PRS ont évolué au fil des réorganisations internes (chaque nouvelle organisation a donné lieu à de nouvelles orientations) et des directives issues du niveau national expérimentations (pacte territoire santé 1 et 2, plan cancer 2 et 3, circulaire sur la gestion de situations critiques, rapport Piveteau, expérimentation PAERPA...). Le PSRS n'a ainsi pas vraiment servi de fil rouge à la mise en œuvre.

Dans ce cadre, il a été nécessaire pour chacun des sujets évalués de reconstruire la hiérarchie des objectifs a posteriori, en s'appuyant sur le contenu des PSRS, des schémas, programmes et de leurs éventuelles révisions postérieures (ex : volet révisé du SROS urgences de Franche-Comté), et sur les éléments de bilan à mi-parcours....

- Pas de suivi systématique

Malgré un certain nombre de travaux de capitalisation (évaluations thématiques en Bourgogne, évaluation intermédiaire en Franche-Comté...), les deux PRS n'ont pas fait l'objet d'un suivi systématique et complet de leur mise en œuvre. Aussi, l'information relative aux actions menées est à la fois éparpillée (interlocuteurs nombreux et relevant de plusieurs directions) et partielle.

La collecte des données s'est ainsi avérée complexe, et a nécessité des entretiens avec de multiples référents n'ayant souvent qu'une vision partielle des actions menées.

- Une « perte de mémoire »

L'organisation a été bouleversée par la création de la nouvelle région et la fusion des deux ARS. De nombreuses personnes qui ont été à l'origine des actions et de leur mise en œuvre ont changé de postes, et pour certaines ne sont plus dans la région.

La liste des personnes interviewées est présentée en **annexe (chapitre 6)**.

2.2 Porte 1 : L'accès aux soins de premier recours

• PREAMBULE

Périmètre de l'évaluation

L'évaluation permettra

- d'une part un regard global de type bilan, à partir notamment des indicateurs du Pacte territorial santé, sur :
 - o les mesures mises en œuvre répondre aux difficultés en matière de démographie médicale (identification de zones prioritaires, formation et accompagnement des professionnels, modalités de regroupement et de coopération entre professionnels, dont les TIC...)
 - o l'objectif d'assurer l'accès à un service d'urgence/SMUR dans les 30mn pour toute la population de la région
 - o d'autre part une analyse plus approfondie sur les mesures visant à favoriser la coopération entre les professionnels de santé : MSP, réseaux, protocoles de coopération, télémedecine...

Pour les définitions des concepts et des dispositifs se reporter à l'annexe de ce chapitre.

Sources des informations

En Bourgogne, les informations sont issues essentiellement des documents de suivi du Pacte territoire santé, du rapport d'activité de l'ARS et du référentiel de l'exercice coordonné des professionnels de santé (mai 2014)

Le SROS Ambulatoire de Bourgogne envisageait un dispositif d'évaluation incluant : un suivi annuel au moyen de tableaux de bord comportant des indicateurs d'impact et des indicateurs de suivi de la mise en œuvre (tous les objectifs du SROS ont en principe un indicateur de suivi et d'impact) et une évaluation intermédiaire du schéma en 2013 afin d'identifier les conditions de réussite de sa mise en œuvre

Dans les faits, ces tableaux de bord n'ont pas été régulièrement renseignés, en dehors des maisons de santé et des centres de santé. Une évaluation intermédiaire a été réalisée uniquement sur les MSP.

En Franche Comté, les soins de premier recours sont une des 23 priorités stratégiques du PRS de FC et ont fait l'objet comme les autres priorités d'une fiche de synthèse (N°11) et de fiches action. Tous les indicateurs des fiches action des priorités stratégiques ne sont néanmoins pas renseignés.

Un bilan de l'ensemble du PRS a été réalisé en Franche-Comté en novembre 2014. Des éléments de bilan figurent également dans un fascicule intitulé PRS 2012-2016 Regards à mi-parcours. La proximité est un des 4 leviers de la politique de santé de l'ARS. Un diagnostic sur les MSP a été réalisé par l'ARS en juillet 2015

Les données de bilan concernant cette thématique se trouvent également dans :

- Le Suivi des indicateurs du Pacte Territoire Santé
- Les Indicateurs CPOM Etat/ARS
- Les Rapports d'activité annuels du Fonds d'intervention régional (FIR, au titre des missions 2 et 3)

La fusion des deux régions au second semestre 2015 a donné lieu à de premières capitalisations conjointes sur les réalisations menées sur chaque territoire. La mise en œuvre du projet prioritaire Pacte Territoire Santé a donné lieu à une note de cadrage récapitulative.

Les entretiens réalisés pour cette porte d'entrée sont listés dans le **chapitre 6. Annexes**.

Synthèse des objectifs initiaux

L'objectif général de cette porte d'entrée, commun aux deux ex-régions, est d'assurer un accès aux soins de premier recours à l'ensemble de la population

Dans chacun des PRS, les objectifs relatifs à l'accès aux soins de premier recours sont majoritairement formulés dans les objectifs stratégiques du **Plan stratégique régional de santé (PSRS)** et déclinés dans les **schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) – volet ambulatoire**.

Ils apparaissent également dans les **programmes régionaux de télémedecine (PRT)**. Ces objectifs sont articulés avec les objectifs du dispositif national **Pacte territoire santé (PTS1 et 2)**.

Nous les avons regroupés en trois grands objectifs de la façon suivante :

OBJECTIFS	Documents sources / objectifs spécifiques	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
1. Améliorer la démographie des professionnels de santé dans les zones fragiles	PSRS OG 2.1 SROS Ambu: OG 3.1.1 à 3.1.4 et 3.2.1 à 3.2.3 PTS 1 Engagements 1 à 4 et 8 PTS 2 Engagements 1,5	Priorité stratégique 3.1 et 3.3 SROS Ambu Schéma cible 3.1.2 et 3.5 PTS 1 Engagements 1 à 4 et 8 PTS 2 Engagement 1
2. Favoriser la coordination et les coopérations entre les professionnels de santé	PSRS OG 1.5 SROS Ambu OG 3.4.1, et 3.5.1 à 3.5.3 Programme régional de télémédecine PTS 1 Engagement 5 et 8 PTS 2 : Engagements 3, 7, 9 et 10	Priorité stratégique 3.1 et 3.4 SROS Ambu Schéma cible 3.3.1 à 3.3.3 Programme régional de télémédecine PTS 1 Engagement 5 et 8 PTS 2 : Engagements 3, 7, 9 et 10
3. Assurer un accès aux soins urgents à moins de 30mn	PTS 1 Engagement 9 PTS 2 Engagement 4	PTS 1 Engagement 9 PTS 2 Engagement 4

Pour chacun des 3 objectifs généraux les chapitres suivants examinent les leviers et modalités d'action envisagés dans chacun des PRS et les actions effectivement réalisées sur la période 2012-2016.

• OBJECTIF 1 : AMELIORER LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LES ZONES FRAGILES

Les leviers d'action mis en œuvre sont les suivants :

1.1 Identifier les zones en difficulté pour l'accès aux soins

1.2 Promouvoir la formation des professionnels en médecine générale : Stages MG, bourses d'engagement service public

1.3 Aider les professionnels de santé à s'installer dans les zones en difficulté : PAPS, CESP, PTMG¹

Pour chaque levier d'action, nous avons repéré les modalités envisagées dans les PRS et mis en regard les réalisations effectives sur la période.

Levier d'action 1.1 : Identifier les zones en difficulté pour l'accès aux soins

Le diagnostic faisait apparaître au 1^{er} janvier 2010² :

- Une **densité en médecins généralistes** plus faible en Bourgogne : 98 pour 100 000 habitants contre 106 en Franche-Comté, pour 109 en moyenne nationale. 40% des médecins généralistes avaient plus de 55 ans en Bourgogne contre 37% en Franche-Comté.
- Une **densité en médecins spécialistes** plus faible en Franche-Comté : 57 pour 100 000 habitants contre 63 en Bourgogne et 87 au niveau national.
- Une meilleure **répartition des professionnels de santé** sur le territoire franc-comtois. En Bourgogne, pour 30 communes (soit 4 565 habitants), l'accès théorique vers un MG dépasse les 15 mn (temps max. = 20 mn).
- Un taux de **fuite des diplômés** moins élevés en FC (environ 75 % des étudiants en médecine s'installent en FC après leurs études).

¹ Définitions en annexe de ce chapitre.

² Sources STATISS 2011

Les deux régions ont défini, au-delà du zonage « conventionnel »³, des zones prioritaires pour l'aide à l'installation des professionnels de santé.

En Bourgogne

- Les **zones en difficulté ont été déterminées** sur la base géographique des bassins de vie INSEE (74 bassins de vie identifiés) et sur les indicateurs suivants pour chaque profession (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) : niveau de consommation, densité de professionnel, part des professionnels âgés de 55 ans ou plus, activité moyenne, part des personnes âgées de 75 ans ou plus...soit un total de 20 indicateurs croisés.
- Résultats : des zones très fragiles pluri-professionnelles ont été identifiées ainsi que des zones fragiles à court ou moyen terme, en anticipant les départs des médecins.
- Un **travail de «scoring périodique** » des territoires a été mis en place.

En Franche-Comté

- **55 territoires de proximité ont été définis** à l'issue d'un travail en commun avec le Département observations, statistiques, analyse (interne à l'ARS) et validés par la CRSA du 5 décembre 2013.
- Pour ces territoires, un **indicateur d'accessibilité potentielle localisée**⁴ (APL) aujourd'hui et à 5 ans a été estimé (dans un 1er temps pour la

³ Les zonages conventionnels, quant à eux, sont propres à chaque profession et servent de cadre pour la mise en œuvre des mesures prévues dans les conventions nationales négociées avec l'Assurance maladie

⁴ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee.

L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé

profession de médecin généraliste, puis pour les autres professions de santé de premier recours), permettant la caractérisation d'un certain nombre de territoires "fragiles" immédiatement ou à 5 ans et plus.

- Un **score de fragilité multicritère** permettant d'identifier les zones géographiques de la région les plus fragiles en termes d'offre (12 paramètres quantitatifs) a permis d'identifier les territoires prioritaires en termes d'aides financières destinées aux professionnels de santé en Franche-Comté
- La définition de ces zones "prioritaires" résulte également d'un travail mené avec les acteurs de terrain lors de réunions de travail sur le volet ambulatoire du SROS.

La Franche Comté a bénéficié de **facteurs facilitants** : la détermination du modèle d'indicateur APL était déjà réalisée, et les professionnels ont bien adhéré à la démarche.

Résultats

Les deux régions ont réalisé des cartographies des zones fragiles à court et moyen terme pour les différentes professions de premier recours (Médecins généralistes, IDE, kinés, pharmaciens, chirurgiens-dentistes), avec des méthodologies différenciées.

- Les résultats de l'analyse en Bourgogne font état de 28 bassins de vie fragiles, regroupant **21 % de la population** bourguignonne.

L'accès aux soins de premier recours est particulièrement préoccupant dans le département de la Nièvre où 60,7 % du territoire est qualifié de fragile. Quant aux autres départements, cet indicateur atteint 31,7 % pour la Côte-d'Or et l'Yonne et 33,9 % pour la Saône-et-Loire.

Les zones fragiles correspondent aux zones rurales et vieillissantes de la Bourgogne : le massif du Morvan, la Bresse louchannaise, le Châtillonnais ainsi que l'arc reliant Champagnelles à Tonnerre.

sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins.

- En Franche-Comté, les zones de fragilité représentent 20 % du territoire et **12 % environ de la population**.

Les zones les plus fragiles se caractérisent conjointement par une densité en médecins généralistes faible et une proportion de médecins de plus de 60 ans importante. Elles correspondent à des territoires moins peuplés et moins denses que le reste de la région.

Une démarche de diagnostic, tant quantitatif que qualitatif, a été initiée sur ces territoires. Cette mission, confiée aux animateurs territoriaux en santé qui rencontrent des élus et des usagers en plus des professionnels de santé, doit être poursuivie sur les 8 territoires actuellement ciblés et étendue progressivement à tous les territoires considérés comme « fragiles ».

Levier d'action 1.2 : Promouvoir la formation des professionnels en médecine générale : Stages MG, bourses d'engagement de service public

Les deux régions ont mis en place des actions pour recruter et accompagner des maîtres de stage universitaires (MSU) et pour accompagner les étudiants.

Stages de Médecine Générale

Chaque région a eu recours à différents moyens pour mobiliser MSU et étudiants.

En Bourgogne

- Mobilisation des maîtres de stage universitaire par **campagne d'information**.
- Travaux réalisés avec UFR, CHU, collectivités locales, sur les **indemnités de transport** pour les stages des étudiants hospitaliers hors le CHU et stage ambulatoire des internes.
- Identification par Pays des **offres de logement** proposées aux stagiaires.
- **Actions de communication** (séminaires, congrès, salon, affiches) pour valoriser la médecine générale en zone rurale.

- **Repositionnement des aides du Conseil Régional** aux transports et au logement par répertoire des hébergements existants et aide à l'extension des lieux d'hébergement mis à disposition des internes.
- Développement des **stages ambulatoires pour les étudiants des IFMK** (masseurs-kinés) et **IFSI** (infirmiers)

En Franche-Comté

- **Mobilisation du collège régional des généralistes enseignants** (CRGE) qui recrute et forme les maîtres de stage universitaires : afin de permettre le recrutement d'un plus grand nombre de MSU, le CRGE organise des formations délocalisées dans les préfectures de département.
- **L'Agence a apporté un soutien financier au CRGE** dans le cadre d'un CPOM (renouvelé en 2015 pour la période 2015/2017), s'articulant autour de 3 objectifs opérationnels :
 - o l'accompagnement des maîtres de stage,
 - o l'accompagnement des étudiants,
 - o le développement de la recherche en médecine générale.

Bilan

	Bourgogne	Franche-Comté
Réalisation de l'objectif « réalisation de stages de médecine générale pour 100% des étudiants en 2nd cycle »	Oui	Oui
Nombre de maîtres de stage mobilisés	217 , soit 15,48% des médecins généralistes	224 , soit 18% des médecins généralistes

Rapprocher les maisons de santé des universités

En Bourgogne

Un volet de mesures spécifiques favorisant le rapprochement entre les universités et les maisons de santé concerne la formation initiale des

professionnels, leur développement professionnel continu (DPC) et le champ de la recherche :

- **L'objectif a été réalisé sur la formation initiale des professionnels** par l'ouverture en mars 2015 de la Maison universitaire pluri-professionnelle de santé à Chenôve, dans l'agglomération dijonnaise.
- Une **labellisation sera engagée** pour les MSP qui s'inscriront dans une démarche de recherche et d'enseignement pour la médecine générale.

En Franche-Comté

- Dans le cadre du CPOM signé avec le CRGE, l'agence soutient la recherche en soins primaires :
 - o des formations à la direction de thèse sont dispensées, et les médecins généralistes-directeurs de thèse sont indemnisés à hauteur de 500 euros par thèse
 - o les frais liés à la participation des internes à des congrès nationaux de médecine générale sont pris en charge
 - o 10 licences du logiciel N'Vivo ont été achetées
 - o Un prix de thèse a été mis en place à compter de 2016 afin d'encourager la publication dans des revues scientifiques
- Concernant le rapprochement MSP et universités, **l'objectif a été réalisé sur la recherche** : avec l'appui de la Fédération des Maisons de Santé Comtoises (FéMaSaC), 8 maisons de santé participent à l'étude BALISTIC, qui porte sur une maladie respiratoire, la BPCO⁵, en milieu rural.
- **3 Maisons Universitaires de Santé existent en Franche-Comté** : 1 chef de clinique des universités en médecine générale et 2 anciens chefs de clinique exercent en MSP (Port sur Saône, Champlitte et Neuville les Cromary). Le Dr Moreno de Champlitte est désormais maître de conférences associé auprès du Département de Médecine Générale de l'UFR de Médecine et Pharmacie de Besançon.

⁵ Bronco-pneumopathie-chronique-obstructive

Bilan

Une des **difficultés** réside dans le fait que les règlements d'intervention des Conseils régionaux et des Conseils départementaux (ex-Généralistes) n'intègrent pas les maisons universitaires pluri-professionnelles, bloquant ainsi leurs financements pour ce type de projet.

Levier d'action 1.3 : Aider les professionnels de santé à s'installer dans les zones en difficulté (PAPS, CESP, PTMG)

Plusieurs mesures ont été mises en œuvre dans les deux régions pour aider les professionnels de santé à s'installer dans les zones en difficulté.

PAPS (plateforme d'appui aux professionnels de santé, puis portail d'accompagnement des professionnels de santé)

En Bourgogne

- Mise en place le 8 avril 2014 d'un COPIL unique Aides à l'installation : CESP, PTMG, PAPS, ... et en 2015, 1 COPIL régional unique des soins primaires traitant de l'exercice coordonné (MSP, réseaux, coordination d'appui) et des aides à l'installation (PAPS, CESP, PTMG et des implantations prioritaires).
- Construction d'un **réseau régional des référents installation** (CRB, Pays, CD, ...) en lien avec l'animation territoriale, et réalisation d'un bilan annuel des installations/cessations de professionnels libéraux, en collaboration avec la cellule statistique de l'ARS.

En Franche Comté

- **Le référent installation intervient dans diverses manifestations** : accueil de la nouvelle promotion d'internes et choix des internes, Journées « Portes Ouvertes à l'UFR de Médecine et Pharmacie de Besançon », assemblée générale de l'association des étudiants (à leur demande), forum organisé par le CRGE, Educ'Tour (journée de découverte du territoire dans le cadre d'un séminaire interprofessionnel à destination d'étudiants internes en médecine ; étudiants en masso-kinésithérapie, en orthophonie, en soins infirmiers, assistants du service social).

Bilan

	Bourgogne	Franche-Comté																		
Réalisation de l'objectif rattaché au PAPS	Objectif atteint : - mise en place d'un site Internet dédié - référent installation bien identifié au niveau régional par les internes et l'UFR de Médecine.	Objectif atteint : - mise en place d'un site Internet (portail national avec des sites régionaux personnalisés), d'une adresse électronique et d'une ligne de téléphone dédiée. - un référent installation bien identifié au niveau régional par les internes et l'UFR de Médecine																		
Fréquentation du site Internet PAPS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Consultation site</th> <th>2014</th> <th>2015*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nb visites</td> <td>24 508</td> <td>22 091</td> </tr> <tr> <td>Nb visiteurs différents</td> <td>19 295</td> <td>16 806</td> </tr> </tbody> </table> (* partiel)	Consultation site	2014	2015*	Nb visites	24 508	22 091	Nb visiteurs différents	19 295	16 806	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Consultation site</th> <th>2014</th> <th>2015*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nb visites</td> <td>9 925</td> <td>11 459</td> </tr> <tr> <td>Nb visiteurs différents</td> <td>6 284</td> <td>5 618</td> </tr> </tbody> </table> (* partiel)	Consultation site	2014	2015*	Nb visites	9 925	11 459	Nb visiteurs différents	6 284	5 618
	Consultation site	2014	2015*																	
	Nb visites	24 508	22 091																	
	Nb visiteurs différents	19 295	16 806																	
Consultation site	2014	2015*																		
Nb visites	9 925	11 459																		
Nb visiteurs différents	6 284	5 618																		
Année de mise en place	La version 2 de la PAPS a été expérimentée en 2014 Sa mise en place a été finalisée en fin d'année 2014	La version 2 du PAPS a été expérimentée en 2014 Sa mise en place a été finalisée en fin d'année 2014																		

CESP (contrat d'engagement de service public)⁶

- Les deux régions ont travaillé à l'**élargissement des zones éligibles au contrat**. Ainsi, en Bourgogne la déconnexion du CESP avec le zonage conventionnel a permis de prioriser des contrats dans tous les territoires reconnus fragiles du Pacte (liste de territoires prioritaires commune aux CESP, PTMG, aides à l'installation).

⁶ Le Contrat d'Engagement de Service Public permet aux étudiants et internes en médecine, et aux étudiants en odontologie, de percevoir une allocation mensuelle de 1200 euros bruts, pendant toute la durée de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer dans des zones fragiles définies par l'ARS.

- Elles sont également œuvrées à la **promotion du dispositif auprès des UFR** :

- **En Bourgogne** : campagne de communication à l'université : permanences d'information, information aux nouveaux internes, information aux étudiants de 2ème année ; affichages, diffusion plaquettes, infos sites internet faculté et PAPS.
- **En Franche-Comté** : accueil de la nouvelle promotion d'internes et choix des internes, Journées Portes Ouvertes à l'UFR de Médecine et Pharmacie de Besançon, assemblée générale de l'association des étudiants (à leur demande), forum organisé par le CRGE, Educ'Tour, participation à la Soirée dentaire organisée en juin par le Conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes à destination des étudiants ayant choisi la filière odontologie.

Bilan et perspectives

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de CESP signés	46 CESP signés depuis 2010 sur les 71 à pourvoir (données 2015), dont - 38 pour les étudiants - 8 pour les internes	24 CESP signés depuis 2010 dont : - 11 pour les étudiants - 13 pour les internes À ce jour (2015), 4 signataires sont diplômés.
Niveau de réalisation de l'objectif en matière de CESP	Objectif atteint à 65%	Objectif atteint à 53,3%

Les **difficultés** pour ces dispositifs résident dans les contraintes liées au contrat et le risque d'un détournement du processus pour obtenir des spécialités lors des épreuves classantes nationales.

Des travaux sont réalisés depuis 2015 en Bourgogne pour positionner des CESP sur des spécialités et/ou de l'exercice mixte, investir le CESP

odontologie, enrichir les lieux d'exercice en travaillant à une géographie prioritaire servant à l'implantation des CESP, PTMG, aides à l'installation, ouverture de MSP,...

PTMG (contrat de praticien de médecine générale)⁷

En Bourgogne

- Un **travail partenarial** a été lancé avec les ordres professionnels, l'URPS, l'UFR médecine, les représentants des internes, l'association des jeunes médecins, pour le **recensement de potentiels candidats**, la **diffusion d'information** et la mise en relation avec les lieux d'exercices.
- Le zonage applicable pour répondre à l'ensemble des besoins émergents en Bourgogne a été déterminé, et les **territoires prioritaires dans chaque département ont été identifiés**.
- Les contrats PTMG sont proposés le plus souvent dans le cadre du parcours CESP ou dans la recherche de professionnel de santé dans les sites fragilisés.

En Franche-Comté

- Un travail partenarial a été lancé avec les ordres départementaux et les CPAM pour le recensement des potentiels bénéficiaires et la diffusion de l'information.
- Le dispositif a été promu auprès des internes de médecine générale de 3ème année et via une participation aux forums du CRGE.

Bilan et perspectives

⁷ Le contrat de Praticien Territorial en Médecine Générale s'adresse aux jeunes médecins généralistes installés depuis moins d'un an en zones prioritaires ou fragiles. Ce contrat garantit un revenu mensuel minimum de 6900 € brut pendant les deux premières années de son installation, ainsi qu'une protection sociale renforcée en cas de congés maternité ou de congés maladie.

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de contrats signés et localisation	18 contrats signés sur un droit de tirage de 22, dont : - 4 en Côte d'Or - 8 en Saône-et-Loire - 3 dans la Nièvre - 2 dans l'Yonne	23 contrats signés sur un droit de tirage de 15 dont : - 10 dans le Doubs - 8 dans le Jura - 2 en Haute-Saône - 3 dans le Terr. de Belfort
Nombre de contrats actifs	Sur ces 18 contrats : 17 sont actifs, 1 a été résilié	Sur ces 23 contrats, 18 sont actifs, 5 ont été résiliés
Niveau de réalisation	Objectif atteint à 77,27%	Objectif atteint à plus de 100%
Montant investi pour soutenir les jeunes médecines	Environ 137 899 € (4 438 € en 2013, 44 860€ en 2014 et 88 517€ en 2015, dont 3 congés maternité)	Environ 168 000€ (15 jeunes médecins soutenus)

Les **difficultés recensées** pour ce dispositif : l'accompagnement individualisé des candidats PTMG (renoncement à la signature, aide à l'installation sur le lieu d'exercice) et des professionnels de santé souhaitant s'installer. Ce dispositif est plus une opportunité dans la démarche d'installation qu'une mesure incitative.

Le recensement de nouveaux potentiels candidats se poursuit dans chaque région. En Bourgogne comme en Franche-Comté, les zones éligibles au CESP sont identiques à celles du PTMG donc il y a une possibilité d'avoir un contrat PTMG pour les bénéficiaires du CESP qui s'installent.

• **OBJECTIF 2 : FAVORISER LA COORDINATION ET LES COOPERATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE PREMIER RECOURS**

2.1 Impulser et accompagner l'exercice coordonné des professionnels de santé : MSP et CDS

2.2 Structurer la coordination d'appui

2.3 Développer les outils de coopération : les protocoles et le partage d'information

Levier d'action 2.1 : Impulser et accompagner l'exercice coordonné des professionnels de santé : MSP et CDS

Le développement de l'exercice coordonné a bénéficié d'un historique favorable dans les deux régions : démarche initiée par l'URCAM, analyse partagée et travail avec les partenaires dans le cadre des groupes d'animation territoriale (GATS) en Bourgogne et des équipes d'appui territoires et santé (EATS) en Franche-Comté, mais aussi des comités techniques et la commission régionale regroupant les différents financeurs. Il a bénéficié également d'un contexte financier favorable (plan national pour la création de 250 MSP).

Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)

Dans le cadre du PRS (SROS ambulatoire) et du Pacte territoire santé, les deux régions ont mis en place un dispositif incitatif d'accompagnement des projets de MSP.

Néanmoins les modalités de cet accompagnement et les types de réalisations afférentes n'ont pas été les mêmes dans les deux régions.

En Bourgogne

- L'ARS a **directement accompagné** les projets de MSP dans le cadre de l'animation territoriale des animateurs santé, des référents territoriaux, des GATS (groupes d'animation territoriale), et CDATS (comités départementaux) qui aident à l'émergence des projets.

- En 2014 a été validé un référentiel régional de l'exercice coordonné et un modèle de rémunération pour les équipes professionnelles et pôles de santé de territoire.

- La Fédération des maisons et des groupements interprofessionnels de santé de Bourgogne (FEMAGISB) ne dispose que d'un temps de coordinatrice de 2 jours par semaine. La titulaire de cette fonction travaille par ailleurs comme coordinatrice des projets de santé dans deux MSP

- L'ARS a dans un premier temps **soutenu le financement de la coordination** à travers le Fonds d'intervention régional (FIR). En 2015, a été mis en œuvre un accompagnement vers le règlement arbitral des MSP émergeant sur le FIR pour la fonction de coordination.

- Un **observatoire du 1er recours** sur l'implantation de l'offre de MG a été mis en place.

- Des travaux sont en cours pour la configuration et la localisation des pôles de santé (futures communautés professionnelles) portant des fonctions d'appui à la coordination et au "fléchage" des futures plateformes territoriales d'appui.

En Franche-Comté

- L'ARS a **largement délégué l'accompagnement** à la Fédération des maisons de santé comtoises (FeMaSaC), qui compte 4 salariés temps plein et des « facilitateurs » : membres formés de la fédération, issus des MSP, qui répondent aux sollicitations des groupements sur le montage des projets, la structure juridique, les financements.

- **3 MSP évoluent en centres de ressources** assurant la prise en charge de consultations non programmées et petites urgences sur le territoire.

- **Un guide des MSP** a été réalisé en lien avec les différents partenaires de l'agence : conseil régional, MSA et FéMASaC⁸.

- Les **nouveaux modes de rémunération pour les missions de coordination ont été expérimentés sur 23 sites** (fin en décembre 2014). Le règlement arbitral est venu pérenniser ce dispositif de rémunération valorisant les services développés au sein de ces structures d'exercice

⁸ Fédération des maisons de santé comtoises

coordonné. 21 ont signé un contrat avec les CPAM et l'ARS. 2 nouvelles structures ont déposé une demande d'adhésion au règlement arbitral.

- Un **diagnostic sur le fonctionnement des MSP** en Franche-Comté a été réalisé en juillet 2015.
- 8 MSP et 1 Pôle de santé ont adhéré au protocole de coopération Asalée.
- Le **CPOM de la FéMaSaC** (fédération des maisons de santé comtoise) a été renouvelé en 2014.

Bilan

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de MSP ouvertes (2015)	49 (soit 36% de + par rapport à 2013) dont : - 5 en Côte d'or - 12 dans la Nièvre - 25 en Saône et Loire - 7 dans l'Yonne - 1 MSP universitaire	39 (soit 26% de + par rapport à 2012) dont : - 13 dans le Doubs - 13 dans le Jura - 9 en Haute-Saône - 4 dans le Territoire de Belfort - 3 MSP universitaire
Réalisation de l'objectif en matière de MSP	Oui	Oui

Centres de Santé (CDS)

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de CDS	49 CDS parmi lesquels : - 20 centres de soins dentaires - 15 centres de soins infirmiers - 7 CDS polyvalents dont 2 communaux (Domats et Veron dans le 89) - 4 du régime minier CARMi (La Machine en 58 et 3 regroupés à Montceau les Mines) - 1 public précaire SDAT à Dijon - 1 CDS pour étudiants (campus universitaire Dijon)	69 CDS dont - 1 polyvalent - 41 centres de soins infirmiers - 18 CDS dentaire

Précisions concernant la Bourgogne

Le règlement arbitral a été appliqué aux CDS de la CARMi (71).

Précisions concernant la Franche-Comté

L'ARS a signé un CPOM avec le Pôle de santé pluridisciplinaire Belfort Sud, qui est constitué du Centre de santé Léon Blum et de professionnels libéraux, sur la période 2014/2016. Le centre de santé, situé en ZUS sur la commune de Belfort, bénéficie notamment du Règlement arbitral.

La création de CDS a été rendue possible dans les territoires où l'offre libérale de 1er recours disparaît. 2 centres de santé communaux ont été ouverts pendant la période (commune rurale) en l'absence d'initiative libérale.

Dans les deux régions, suite à l'instruction ministérielle du 19 décembre 2013 le « nettoyage » de la base FINESS (fichier national des établissements de santé) a été réalisé, avec un classement des CDS selon leurs activités, permettant d'alimenter un Observatoire National des CDS.

Bilan et perspectives concernant le développement de l'exercice coordonné

Plusieurs **facteurs limitants** ont été cités :

- le problème d'attractivité des zones démographiquement délaissées par le corps médical,
- la difficulté pour mobiliser les professionnels de santé et leurs unions professionnelles,
- la difficulté pour faire sauter les verrous entre les différents acteurs notamment ceux de la ville et de l'hôpital,
- l'attitude de certaines communes, plutôt enclines à développer « leur » projet qu'à s'impliquer dans un projet commun.

Le **règlement arbitral** (arrêté du 23 février 2015), qui concerne aussi bien les MSP que les CDS, pérennise l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (NMR) contre 3 types d'engagement :

- faciliter l'accès aux soins (amplitudes horaires 8h-20h) ;
- favoriser le travail en équipe (concertation sur les cas complexes, mise en place de protocoles pluri-professionnels, concertation ville-Hôpital, formation des jeunes professionnels) ;
- favoriser le développement des systèmes d'information.

Son application nécessite un accompagnement car le passage des NMR au système conventionnel entraîne une chute des subventions pour les MSP financées par le FIR.

Levier d'action 2.2 : Structurer la coordination d'appui : les réseaux, groupements, plateformes

La coordination d'appui de territoire est exercée par les pôles de santé de territoire, les réseaux de santé, les groupements de professionnels libéraux (uniquement en Bourgogne pour cette dernière catégorie). Cette coordination est au service des équipes de premier recours et prend en charge les patients dits « en situation complexe » (plusieurs pathologies, hospitalisations répétées, isolement social...). Les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'un appui pour évaluer et coordonner la prise en charge à domicile (intervenant des champs social, médico-social, sanitaire...).

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de groupements de professionnels de santé	6	0
Nombre de réseaux de santé	21 réseaux dont - 9 réseaux de proximité polyvalents - 12 réseaux régionaux thématiques (3 diabète, 3 périnatalité, 3 gérontologie, 2 addictions, et 1 santé mentale)	28 réseaux dont - 24 réseaux thématiques, - 1 réseau de santé de proximité et d'appui régional (Arespa) - 3 réseaux territoriaux polyvalents

Précisions concernant la Bourgogne

Dans le référentiel de l'exercice coordonné adopté en mai 2014, l'ARS a défini dans le **rôle et le niveau territorial des plateformes polyvalentes d'appui à la coordination** qui devront être gérées par les réseaux ou groupements professionnels de santé déjà engagés dans la coordination d'appui aux professionnels de santé de 1er recours. Le territoire initialement retenu était celui de l'animation territoriale, c'est à dire le Pays. L'objectif était d'une quinzaine de plates-formes pour les 20 territoires mentionnés (couverture infra-départementale pour certaines).

Perspectives

Dans la perspective de la nouvelle région et au regard des évolutions législatives prévues, les deux ARS ont conduit leurs dialogues de gestion auprès des structures de coordination d'appui et des réseaux thématiques (qualifiés de centre de ressources experts dans le référentiel de l'exercice coordonné) pour aboutir à des **communautés territoriales professionnelles de santé**, mettant en œuvre un projet de santé de territoire pouvant faire l'objet avec l'ARS d'un **contrat territorial de santé** et porteuses pour la plupart de fonctions d'appui à la coordination.

Cette évolution se heurte néanmoins à certaines **difficultés** :

- Les réseaux et groupements sont très ancrés sur leurs territoires avec un niveau de maturité très hétérogène.
- Au moment des échanges entre l'ARS et les professionnels, le concept de Plateforme territoriale d'appui n'était pas mûr⁹.
- Il était également nécessaire d'avancer parallèlement avec les travaux relatifs aux centres de ressources experts dans le cadre du parcours diabète afin de clarifier leurs missions dans l'objectif d'arriver à une articulation cohérente avec la coordination d'appui.
- Il était enfin nécessaire de tenir compte du calendrier et des exigences des expérimentations PAERPA et e-TICSS¹⁰.

Levier d'action 2.3 : Développer les outils de coopération : les protocoles et le partage d'information

Protocoles de coopération

En réponse à la répartition inégale des professionnels sur les territoires, les transferts de compétence en ambulatoire se sont développés dans les deux régions, dans le cadre de protocoles de coopération entre professionnels.

Il s'agit d'une démarche sécurisée : avant d'être mis en œuvre, les protocoles doivent avoir recueilli un avis positif de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette démarche permet d'optimiser la ressource médicale et paramédicale, de valoriser des missions insuffisamment réalisées (prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique...) et d'améliorer la réponse aux demandes des patients (orientation dans le parcours de soins).

De 2010 à 2012, la démarche des protocoles de coopération article 51¹¹ a été présentée dans les deux régions aux partenaires : Maisons de santé, Présidents de CME, Réseau des directrices des soins...

⁹ Le Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, apporte des précisions sur ce concept.

¹⁰ Cf. infra

¹¹ Il s'agit de l'article 51 de la Loi HPST de 2009

Bilan

Plusieurs protocoles ont été signés et validés par la HAS, tant dans le domaine ambulatoire qu'hospitalier, dont un dispositif itinérant de dépistage de la rétinopathie diabétique commun à la Bourgogne et Franche-Comté. Néanmoins le nombre de protocoles signés sur la période est relativement faible.

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de protocoles autorisés par la HAS	19	10
Nombre de médecins délégants concernés	61 ¹²	53
Nombre de paramédicaux délégués concernés	23	15
Nombre d'équipes de professionnels de santé ayant adhéré au protocole Asalée ¹³	14	12

Le développement des protocoles de coopération se heurtent à **plusieurs types de difficultés** :

¹² Domaines concernés : ophtalmologie (délégation ophtalmologiste vers orthoptiste), diabétologie, vaccination (médecin vers infirmier), radiologie, échographie (radiologue vers manipulateur radio ou infirmier)

¹³ ASALEE (action de santé libérale en équipe) : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné (autorisation du 02/07/2013). Ce protocole concerne 2 dépistages : troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique et 2 suivis de pathologies chroniques : diabète et risque cardiovasculaire, il permet le financement d'1 ETP d'IDE pour 5 médecins et la formation correspondante assurés par l'association Asalée. Ce protocole est soutenu par le ministère.

- La **lourdeur des démarches administratives** (avec un aspect gestion des risques et évaluation très important) freine l'engagement des professionnels dans le montage de projets. Cette difficulté est particulièrement sensible pour les soins primaires, qui sont moins outillés que les établissements de santé pour y répondre.
- **L'absence de modèle économique** est également un frein. Le système apparaît peu stimulant pour les professionnels de santé qui hésitent à s'investir dans cette démarche lourde sans être sûrs que le protocole puisse être appliqué faute de financement pour rémunérer les acteurs (exemple donné des infirmières pour les consultations de prévention, de vaccination, de suivi de patients diabétiques ou HTA).
- **Un manque de visibilité dans la stratégie pour développer ces coopérations** : les protocoles ont souvent pour objet de légaliser des pratiques existantes depuis des années (notamment à l'hôpital). Il n'y a pas de ligne directrice forte, mais du chacun pour soi, et un manque de cohérence ressenti.
- **Certains acteurs évoquent également des décisions de la HAS pas toujours cohérentes** : par exemple, autorisation de la prescription infirmière dans certains cas (ex : Asalée) ; refus dans d'autres (ex. vaccination où la prescription est renvoyée à la conformité aux dispositions légales et réglementaires).
- **La résistance au changement et le corporatisme** peuvent aussi être évoqués : il peut être difficile pour un professionnel de déléguer ses compétences.

Les outils numériques (la e-santé)

Les Systèmes d'information sont une des composantes essentielles de l'organisation des maisons et pôles de santé. En effet, ils permettent de mettre en œuvre des projets de santé partagés entre tous les professionnels de santé : dossier médical, protocoles de coopération, éducation thérapeutique du patient...

La Bourgogne et la Franche-Comté se sont fortement investies dans l'accompagnement des soins de premier recours aussi bien dans la télémédecine que dans les outils de partage d'information.

En Bourgogne et en Franche-Comté

Le maillage territorial par la télémédecine est un projet clé pour tout territoire touché par la désertification médicale. Il vise à lutter contre les inégalités territoriales, en donnant accès aux soins de premiers recours, aux spécialistes et aux centres de référence à l'ensemble de la population et ainsi.

Les programmes de télémédecine des deux régions ont un objectif de maillage territorial pour l'accès aux soins de premier recours (objectif TLM2).

	Bourgogne	Franche-Comté
Télé dermatologie	30 sites	12 sites / 100 actes (2015)
Télé dermatologie en mobilité		10 sites
Télé cardiologie	10 sites	nc
Télé-gériatrie	10 sites	9 sites
projets maillage sur de nouvelles zones	10 sites	nc
Pied diabétique	7 sites	nc

Source : état des lieux d'avril 2016 (en [vert](#) : projets opérationnels, en [orange](#) : projets en cours de déploiement, en [violet](#) : projets en phase d'initialisation)

En Bourgogne

- **L'expérimentation d'une plateforme médicale informatisée à Imphy** (Nièvre) a été financée en avril 2015 dans le cadre du Contrat local de santé pour pallier la dégradation rapide de l'offre médicale sur ce alors que le nombre de patients en ALD sur le même territoire s'élevait à 1300 début 2014. Cette expérimentation avait un double objectif :

- élaborer une nouvelle organisation de l'offre de soins par la mise en place d'une équipe libérale de proximité sur le territoire,
- mettre en place un logiciel de gestion d'un cabinet commun aux médecins du territoire permettant le partage de dossiers (en priorisant les maladies chroniques).

- **Le projet e-ticcs (territoire innovant coordonné santé social)** s'inscrit dans le cadre du programme national Territoire de Soins Numérique (TSN). Il est piloté au niveau national par la DGOS, accompagné méthodologiquement par l'ANAP et évalué par le consortium EvaTSN.

Il a pour objet la coordination des soins à travers des outils de partage d'information entre professionnels de santé de la ville et de l'hôpital (il est développé dans la Porte 2 de cette évaluation dans le chapitre consacré à l'articulation ville-hôpital).

Une plateforme Territoriale d'Appui est accessible par un portail web ou un numéro unique. Elle permet d'organiser un retour à domicile après une hospitalisation, d'évaluer et d'identifier des actions à engager pour faciliter le maintien à domicile de patients en situation de complexité médicale et psycho-sociale.

Déployé à titre expérimental, ce projet sera évalué en 2017 pour une éventuelle généralisation sur la région.

En Franche-Comté

- La région Franche-Comté s'est particulièrement investie sur **le dossier médical partagé (DMP)**

Depuis janvier 2011, dans le cadre des dispositifs « Amorçage DMP » et « DMP en région » financés par l'ASIP Santé, le G.C.S. EMOSIST accompagne, avec le soutien de l'ARS, la mise en place du DMP en Franche-Comté chez 649 professionnels de santé libéraux (février 2016) dont 6 maisons ou centres de santé, 16 centres de soins infirmiers, et des établissements médico-sociaux (APF, ADAPEI, etc.).

Un chargé de mission « système d'information » en MSP a été recruté en mai 2014 par la fédération des maisons de santé (FéMaSac). Ses missions couvrent l'ensemble des problématiques liées à l'e-santé et notamment le développement des usages du DMP ainsi que l'accompagnement des professionnels des MSP.

En moyenne, en région, 5,5 % des habitants disposaient d'un DMP fin 2015 et 52,4% des DMP sont alimentés.

Le principal frein réside dans un déficit de création. Cette étape s'avère contraignante car elle nécessite l'information et le recueil du consentement du patient, la connexion au site prévu à cet effet et la saisie informatique des données requises.

Toutes les actions entreprises pour promouvoir cette saisie par les professionnels libéraux se soldent régulièrement par un épuisement des personnes engagées dans la démarche, lié au temps nécessaire pour effectuer cette opération.

Ces actions sont reprises dans le chapitre 2.8 du rapport.

• **OBJECTIF 3 : GARANTIR UN ACCES AUX SOINS URGENTS A MOINS DE 30MN POUR TOUTE LA POPULATION**

Les leviers d'action envisagés dans les 2 PRS sont :

3.1 Promouvoir les instruments de coopération entre ville et hôpital et entre services d'urgence : MCS et FMIH

3.2 Développer certains équipements : héli-SMUR et antennes SMUR

Levier d'action 3.1 : Promouvoir les instruments de coopération entre ville et hôpital et entre services d'urgence : MCS et FMIH

Bourgogne

Selon des données de 2011¹⁴, l'accès des Bourguignons aux services d'urgences généraux s'effectuait entre 0 et 50 mn :

- 1/3 de la population régionale était éloignée de plus de 20 mn des urgences contre 1/4 de la population française.
- L'accès des Bourguignons aux services d'urgences pédiatriques pouvait dépasser les 2h.
- 54% des Bourguignons étaient situés à plus de 45 mn d'un tel service contre 34% au niveau national.

En 2012, 187 communes (soit 3,83% de la population bourguignonne) sont situées à plus de 30mn d'un accès aux soins d'urgence (sans tenir compte du 3e hélico).

L'approche bourguignonne a été une **approche opérationnelle territoriale avec des instruments de coopération au niveau régional**.

- **Des instruments de coopération ont été mis en place** dans le cadre du PRS : un Réseau des urgences bourguignon (RUB) créé en 2011, une instance collégiale régionale des urgences (ICRUB), un observatoire (ORUB).

¹⁴ Sources SAE-DREES juin 2012. Données non disponibles pour la Franche-Comté

- Sur le plan opérationnel, 6 Fédération médicale inter-hospitalière ont été mises en place (une par territoire).
- En outre, **le plan d'action régional pour les urgences**¹⁵ validé par l'ICRUB en mars 2014 a permis :
 - o l'implantation d'un 3ème héli-SMUR au CH de Chalon-sur-Saône
 - o la mise en place du programme de gestion des lits proposé par l'ANAP dans 12 établissements bourguignons sélectionnés dont 11 avec un service d'urgences
 - o la conduite de projet de création d'une antenne SMUR à Château Chinon
 - o le démarrage de travaux sur l'accueil des personnes âgées aux urgences impliquant les FMIH
 - o la structuration de la filière gériatrique avec des actions sur l'amont et l'aval de la filière « urgence »
 - o l'amélioration de l'utilisation du Répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Franche-Comté

- La régulation des appels a été régionalisée.

Bilan

	Bourgogne	Franche-Comté
Atteinte de l'objectif d'accès aux soins urgents	non	non
Nombre de médecins correspondants du SAMU	0	15 dans le Haut-Doubs (moyenne de 300 actes MCS par an)

¹⁵ Le PARU a été rendu obligatoire par une circulaire de 2013. Il comporte un volet « accessibilité aux services d'urgence »

Sur l'ensemble des deux régions, la part de la population à plus de 30 mn a augmenté : elle serait de **13% en 2016 contre 6% en 2012**. Néanmoins la comparaison des données paraît biaisée par des modes de calcul différents par la DREES¹⁶.

Quels que soient les paramétrages utilisés on distingue toujours **deux types de zones situées à plus de 30 mn** :

- des zones bien délimitées autour d'un noyau situé à plus de 40mn (3 à 4 zones sont concernées, le Haut Doubs, le Morvan, la Haute Cote d'Or et de façon plus réduite le Nord de la Haute-Saône) ;
- des zones plus petites et plus diffuses comme en Saône-et-Loire.

Les problèmes de démographie médicale dans les territoires isolés sont invoqués pour expliquer ces résultats modestes.

En ce qui concerne les **FMIH**, elles connaissent les **difficultés** inhérentes à toute mise en place de coopération inter-établissements :

- leur mise en œuvre demande beaucoup de travail aux responsables médicaux, en plus de leur temps médical et de management d'équipe.
- Ce temps de coordination n'est pas suffisamment reconnu.
- La cohésion d'équipe est parfois difficile entre les intérimaires et les urgentistes en poste.

Dans le rapport d'activité FIR 2014, les ARS soulignent la **difficulté de mobiliser des professionnels dans les territoires à très faible démographie médicale**, où les médecins libéraux sont déjà fortement sollicités, ainsi que l'utilité d'une **clarification des conditions de participation des médecins sapeurs-pompiers au dispositif**.

¹⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Levier d'action 3.2 : Développer certains équipements : hélicoptage, antennes SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation)

	Bourgogne	Franche-Comté	Moyenne nat.
Taux d'équipement (nombre de services d'urgence pour 100 000 hab.)	1,34	0,93	1,03

En Bourgogne

Avec ses 22 structures d'urgences (SU), la Bourgogne est particulièrement bien dotée.

Sur le plan des équipements, les réalisations sont les suivantes :

- Réflexions sur le **renforcement des moyens SMUR/antennes SMUR** et application de la circulaire SAP/SAMU.
- **Un 3ème héli-SMUR est opérationnel depuis février 2014**. Son implantation, à Chalon-sur-Saône, est justifiée médicalement pour améliorer la prise en charge des urgences principalement lorsqu'elle nécessite un transport inter-hospitalier vers le CHU Dijon et les sites pivots du département. Les 3 appareils appartiennent collectivement à l'ensemble des établissements de santé et ont vocation à assurer la couverture hélicoptée des quatre départements de la région. Ils sont financés dans le cadre d'une enveloppe globale régionale. La régionalisation du marché de ces trois hélicoptères bourguignons a permis de minimiser les coûts par appareil et les coûts de maintenance.
- Un projet de régulation régionale sur les transports hélicoptés et le renforcement des aires hélicoptées (ex : Château-Chinon) est en cours.
- **La création d'une réponse mixte est en projet à Château-Chinon** (réflexion lancée en 2015). Afin de garantir une réponse de proximité adaptée à la population locale, 24h/24, 7 jours sur 7 sur les communes à plus de 30 minutes, le dispositif actuel de réponse à l'aide médicale urgente assuré par l'AMLUV17 sera complété par la mise en place

¹⁷ Association des médecins libéraux pour les urgences vitales

d'une Antenne mixte de Réponse Médicale Urgente sur le secteur de Château-Chinon (ARMU¹⁸).

En Franche Comté

- **La région s'est dotée d'un héli-SMUR régional au CHRU de Besançon** (octobre 2014) en complément de l'hélicoptère de la sécurité civile. Il a plusieurs missions : les transports inter-hospitaliers urgents (interventions secondaires) longue distance (les interventions primaires très urgentes pouvant être suivies d'un transport inter hospitalier longue distance) ; les interventions primaires dans les communes les moins accessibles aux équipes SMUR par la route (plus de 30-40mn) ; les interventions primaires en lieu et place d'un SMUR terrestre déjà en mission.
- Un chiffrage est en cours afin **d'équiper les lieux de stationnement de l'héli-SMUR de stations météo** (mise en œuvre prévue fin 2015, non achevée à ce jour).
- **La mise en place d'une antenne SMUR terrestre dans le Haut-Doubs** est en projet (90 000 habitants habitent à plus de 30 kilomètres des SMUR terrestres existants). Pour l'heure, l'antenne n'est pas ouverte, faute de médecins urgentistes du fait notamment de l'opposition des médecins correspondant du SAMU. De nouveaux échanges sont programmés pour envisager une formule innovante (type antenne de régulation médicale urgente) associant l'ensemble des acteurs.
- **L'ARS a accompagné certaines Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) vers la prise en charge de consultations non programmées, et la prise en charge des urgences** telles que définies dans la nomenclature des actes susceptibles d'être réalisés en cabinet de ville.

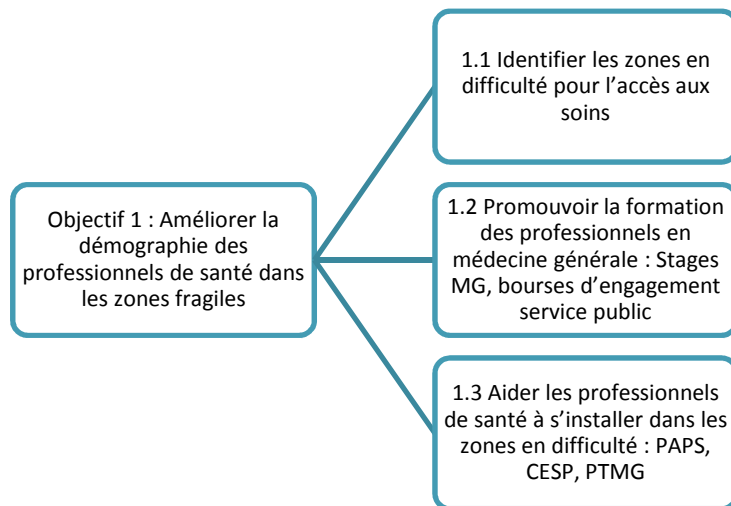
Aujourd'hui, la région compte 3 centres de ressources : Baume les Dames, Bletterans et Belfort Sud et bientôt Montbard (réponse aux consultations non programmées et aux petites urgences sur une amplitude horaire de 8h à 20h, 5 jours sur 7 en y dédiant un médecin). Dans ce cadre, ils bénéficient d'un financement FIR sur 2016.

Néanmoins, après une première année d'expérimentation, le bilan est assez mitigé : moins de 2% des patients pris en charge ont été orientés vers ces structures par le CRRA 15 ou le SDIS pourtant associés à la mise en œuvre de cette expérimentation. Une réflexion est en cours au sein de l'agence afin d'identifier les prérequis nécessaires au passage en centre de ressources d'autres MSP et à la définition d'un modèle économique soutenable et reproductible. Enfin l'implantation de ces structures doit faire l'objet d'une réflexion partagée entre le SDIS et le CRRA 15 afin qu'un avis ou qu'une prise en charge dans ces structures permettent de réduire sensiblement le temps de trajet de ces derniers.

¹⁸ L'ARMU est un dispositif faisant intervenir des médecins correspondants de SAMU (MCS) ou des médecins sapeurs-pompiers (MSP), à la demande du SAMU 15 et simultanément à une sortie SMUR.

• **BILAN DE LA CONTRIBUTION DES PRS AUX DIFFERENTS OBJECTIFS SUR CETTE PORTE D'ENTREE**

Améliorer la démographie des professionnels de santé dans les zones fragiles



Avancées et limites rencontrées

Les deux régions ont réalisé une cartographie des zones prioritaires pour l'aide à l'installation des professionnels de santé.

Les diagnostics – réalisés selon une méthodologie différente entre la Bourgogne et la Franche-Comté – permettent d'identifier des points de convergence, mais aussi des spécificités, dans les forces et faiblesses de l'offre régionale de soins.

On notera toutefois que les différents zonages (zones « conventionnelles » pour les aides de l'assurance maladie et zones « fragiles » pour les ARS), ont pu parfois brouiller le message auprès des professionnels.

Les deux régions ont travaillé à la promotion de la formation en médecine générale, c'est-à-dire au recrutement des MSU, à la promotion de la médecine générale en milieu rural auprès des étudiants et internes, et à l'accompagnement des étudiants.

La cible de réalisation de stages de médecine générale pour 100% des étudiants en 2e cycle a été atteinte dans les deux régions.

Les difficultés rencontrées sont communes aux deux régions :

- la difficulté pour mobiliser des MSU compte tenu de leur charge de travail,
- le manque d'offres de terrains de stage en zone fragile,
- l'accompagnement pour l'hébergement et le déplacement des stagiaires.

Concernant le rapprochement des MSP et des universités, chaque région a fait le choix de travailler sur une mesure de l'engagement.

Les deux régions se sont bien investies sur les dispositifs d'aide à l'installation dans les zones en difficulté. Elles ont développé des stratégies diversifiées et des partenariats importants avec les ordres professionnels, avec les collectivités locales et les CPAM.

Les PAPS ont été installées dans les deux régions et les référents bien identifiés. Les visites du site PAPS sont plus nombreuses en Bourgogne. Pour le PTMG, le taux de réalisation de l'objectif de signature des contrats est moyen en Bourgogne alors que la Franche-Comté l'a réalisé à 100%.

Un portail unique avec deux référents identifiés et un Club régional BFC ont été mis en place en 2016.

Evolution statistique

Densité en médecins généralistes (pour 100 000 habitants)

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2010	98	106	109
2015	93 ¹⁹	105 ²⁰	105

¹⁹ de 79 dans l'Yonne à 112 en Côte d'or

²⁰ de 89 en Territoire de Belfort à 119 dans le Doubs

% de médecins généralistes de + de 55 ans

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2010	40%	37%	45%
2015	51%	45%	50%

Densité en médecins spécialistes (pour 100 000 habitants)

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2010	57	63	87
2015	74 ²¹	66 ²²	94

Source : STATIS 2011 et 2015

Concernant les résultats sur la démographie médicale, ces chiffres montrent :

- une certaine stabilité de la densité en médecins généralistes en Franche-Comté alors que la baisse se poursuit en Bourgogne,
- une augmentation du pourcentage des médecins généralistes de plus de 55 ans dans les deux régions dans des proportions relativement identiques,
- une augmentation homogène de la densité en médecin spécialistes.

Perspectives

L'ARS travaille actuellement sur la comparaison des méthodes bourguignonne et franc-comtoise pour répondre de manière cohérente et harmonisée aux demandes d'aide à l'installation. Elle participe au groupe national sur la méthodologie de zonage. Un décret à paraître fin 2016 / début 2017) définira la méthode nationale choisie, sur la base de la méthode APL amendée, avec un seul zonage harmonisé.

²¹ de 60 dans l'Yonne à 96 en Côte d'Or

²² de 35 en Haute Saône à 89 dans le Doubs

La démarche de diagnostic des territoires fragiles, commencée récemment sur 8 territoires, sera étendue à tous les territoires fragiles de la nouvelle région, sur la base géographique des Territoires d'animation territoriale (correspondant aux territoires des contrats locaux de santé).

Le recensement de nouveaux potentiels candidats au CESP et PTMG se poursuit dans chaque région. En Bourgogne comme en Franche-Comté, les zones éligibles étant identiques il y a une possibilité d'avoir un contrat PTMG pour chaque bénéficiaire du CESP qui s'installe.

Ces actions seront prolongées dans la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé 2 dans le cadre d'un **projet prioritaire** de l'ARS BFC.

La nouvelle ARS BFC s'est également saisie des enjeux de démographie médicale et de répartition des professionnels de santé sur le territoire à travers l'élaboration d'un **Schéma régional des ressources humaines en santé** adopté à l'été 2015. Elle a essayé d'extraire les bonnes pratiques des 2 démarches régionales. Les dynamiques partenariales vont être développées dans ce nouveau cadre, et l'ensemble des contrats incitatifs inscrits dans un parcours global d'installation.

Pistes de travail / points de vigilance

Assurer un suivi annuel des indicateurs des zones fragiles pour adapter en temps réel la stratégie aux évolutions constatées. La lutte contre la pénurie de professionnels de santé concerne de nombreux acteurs, y compris les usagers. Il est donc important que la définition des zones fragiles soit comprise par l'ensemble des acteurs. Les travaux actuels vont bien vers une harmonisation de la méthode de calcul, et la définition d'une zone unique. Il conviendra de communiquer de manière large sur ce zonage afin d'emporter l'adhésion de tous sur les réponses à apporter. Par ailleurs, les critères de ce zonage sont évolutifs, il est donc préconisé un suivi annuel des indicateurs afin que les aides soient ciblées au plus près des besoins réels.

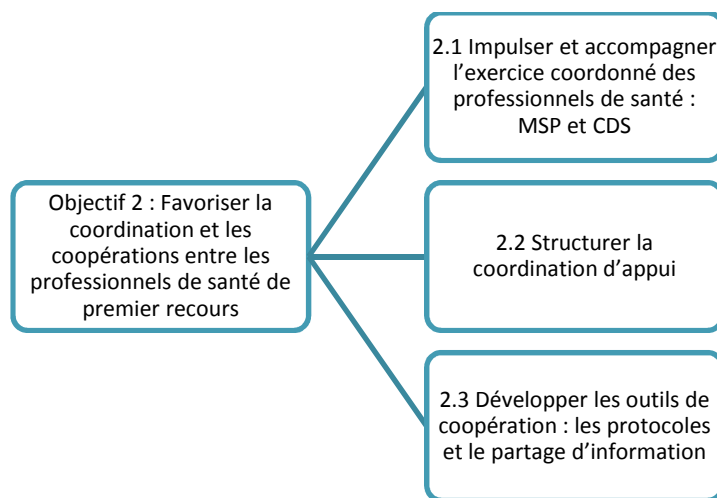
Négocier avec les conseils régionaux et départementaux leur règlement d'intervention afin que les maisons universitaires de santé pluri-professionnelles bénéficient des financements de ces collectivités.

Etendre à la nouvelle région BFC le COPIL régional unique de Bourgogne des soins primaires traitant de l'exercice coordonné (MSP, réseaux, coordination d'appui) et des aides à l'installation (PAPS, CESP, PTMG et des implantations prioritaires).

Etendre à la grande région le réseau régional bourguignon des référents installation en lien avec l'animation territoriale, et réaliser un bilan annuel des installations/cessations de professionnels libéraux, en collaboration avec la cellule statistique de l'ARS.

Multiplier les interventions des référents sur l'ensemble de la nouvelle région à destination des étudiants (médecin, masseurs, infirmiers, assistant de service social, orthophoniste...), sur le modèle de la Franche-Comté : accueil des nouvelles promotion d'internes et choix des internes, Journées « Portes Ouvertes » à l'UFR de Médecine et Pharmacie, assemblée générale de l'association des étudiants, forum en lien avec le CRGE, Educ'Tour (journée de découverte du territoire dans le cadre d'un séminaire interprofessionnel à destination d'étudiants)...

Favoriser la coordination et les coopérations entre les professionnels de santé de premier recours



Avancées et limites rencontrées

Les deux régions se sont bien investies dans la coordination et la coopération entre les professionnels de santé de premier recours.

En matière d'exercice coordonné des professionnels de santé libéraux, même si les modalités de gouvernance du dispositif d'accompagnement et de coordination des projets ont été sensiblement différentes, les deux

régions affichent de bons résultats. Fin 2015, la Bourgogne Franche-Comté comptait 88 maisons de santé pluri professionnelles : 49 en Bourgogne, 39 en Franche Comté.

Malgré les bons résultats constatés, l'évolution des MSP demeure fragile : les « leaders » historiques sont peu à peu remplacés, le passage au système conventionnel entraîne de fait une baisse des ressources qui inquiète les professionnels, les systèmes d'information (labellisés ASIP) ne répondent pas toujours aux besoins, l'environnement social (scolaire, loisir) ne correspond pas toujours aux attentes des professionnels.

Les centres de santé, qui constituent dans les deux régions une offre de soins non négligeable, n'ont pas fait l'objet dans le cadre de ce PRS d'une stratégie affirmée.

Concernant la coordination d'appui, le développement des réseaux et regroupements de professionnels a été encouragé durant la période du PRS par les deux régions. Ces réseaux (polyvalents ou experts) sont relativement foisonnants et l'enjeu pour les ARS est d'aboutir à des modalités de restructuration et de régulation de ces réseaux dans le cadre défini par la Loi de modernisation de notre système de santé. On recense aujourd'hui une vingtaine de coordinations d'appui polyvalentes aux professionnels de santé de soins primaires auxquelles peuvent s'associer des centres de ressources experts qui assurent de la coordination de patients autour de pathologies (ex : diabète, soins palliatifs, santé mentale...).

Concernant les protocoles de coopération, on note un bon déploiement dans les deux régions du protocole de coopération ASALEE (action de santé libérale en Equipe).

En dehors de celui-ci, le développement des protocoles est relativement faible dans les deux régions. Il se limite à quelques protocoles au périmètre très restreint, concentrés sur quelques professionnels et souvent très spécialisés.

Les deux régions se sont particulièrement investies dans **les outils innovants de coopération**, la Franche-Comté particulièrement sur le DMP (3e région « productrice » de DMP au niveau national) et la Bourgogne sur les systèmes d'information partagés, avec l'expérimentation d'une plateforme à Imphy dans la Nièvre, et le projet ETICCS en sud Saône-et-Loire. L'évaluation de ces projets reste à faire pour envisager leur déploiement sur l'ensemble de la nouvelle région.

Perspectives

La politique d'accompagnement des MSP est en cours d'harmonisation sur la nouvelle région. La politique régionale est très dynamique notamment via des CPOM avec les fédérations régionales (dont la gouvernance devrait être à terme fusionnée), et avec un maillage de MSP important.

L'innovation s'exprime aujourd'hui par des expérimentations permettant de faire évoluer les missions de certaines maisons de santé pluridisciplinaires vers la prise en charge des consultations non programmées, des petites urgences et la formation des professionnels.

Parmi les objectifs contractualisés par l'ARS avec les fédérations pour l'accompagnement des MSP : soutenir les MSP dans la mise en place d'actions de santé publique, accompagner les MSP dans le développement des systèmes d'information, initier le développement d'une démarche qualité au sein des MSP.

Les propositions d'objectifs et d'actions du nouveau projet prioritaire vise à **donner leur place aux centres de santé polyvalents** dans le maintien de l'offre de soins de premier recours (notamment dans les zones politique de la ville et les territoires désertés par médecine libérale), à soutenir le financement de la coordination (application du nouvel avenant conventionnel), et à assurer un suivi des centres ayant intégré le règlement arbitral.

Pour la coordination d'appui, le travail d'harmonisation des concepts est en cours dans le cadre de la refonte du référentiel régional de la coordination co-construit avec les professionnels de santé libéraux. L'objectif affiché est d'aboutir à 7 PTA (plateformes territoriales d'appui) en Bourgogne et 1 à vocation régionale en Franche-Comté, en s'appuyant sur les dispositifs de coordination existants. 2 plateformes préfiguratrices sont déjà opérationnelles : une en Saône-et-Loire dans le cadre de l'expérimentation « Territoire de santé numérique » ; l'autre en Franche-Comté (ARESPA).

L'enjeu est de parvenir à maintenir la dynamique locale des réseaux de proximité dans un cadre territorialement plus large et réglementairement plus contraint.

Le plan d'action de l'ARS pour **le développement des protocoles de coopération** prévoit :

- en fonction des besoins de la région, de fixer des domaines prioritaires pour le développement des protocoles dans la région,
- de renforcer l'accompagnement des professionnels sur le montage de protocoles par le biais du PAPS notamment,
- d'identifier les ressources référentes capables de faire les accompagnements.

Pistes de travail / points de vigilance

Sécuriser le passage de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération au système conventionnel pour les MSP financées par le FIR : il s'agit d'un des points de fragilité identifiés pour la pérennité et le développement des maisons de santé pluri-professionnelles.

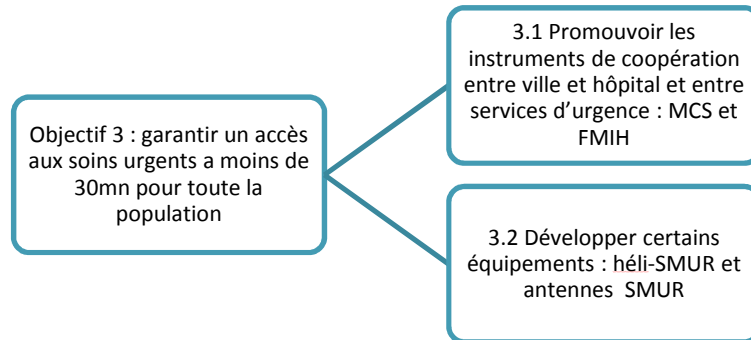
Favoriser les MSP dont les projets médicaux intègrent les outils de diagnostic (radiologie, laboratoire d'analyse médicale...), sur le modèle déployé à la Maison de santé de Louhans ou en cours de déploiement à Montchanin

Impulser – dans le cadre d'une stratégie globale - l'implantation de Centres de santé dans les zones urbaines de la politique de la ville, mais aussi dans les zones rurales en l'absence d'initiative libérale

Respecter les dynamiques locales dans la mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui, qui constituent une forme de régulation des réseaux existants sur un territoire de santé.

Participer à la réflexion nationale sur l'évolution des protocoles de coopération entre les professionnels de santé pour s'assurer de la prise en compte des conditions de mise en œuvre sur le terrain et accompagner leur développement au niveau régional en aidant à la résolution des difficultés de montage des projets

Garantir un accès aux soins urgents a moins de 30mn pour toute la population



Avancées et limites rencontrées

Le déploiement des **médecins correspondants du SAMU** est inexistant en Bourgogne (aucun MCS) et relativement faible en Franche-Comté (15 MCS), alors que la France recensait environ 600 MCS fin 2015.

Ces faibles résultats sont liés à la difficulté de mobiliser les professionnels dans les territoires à très faible densité médicale, où les médecins libéraux sont déjà très sollicités, et qui sont aussi les territoires les plus éloignés des services d'urgence.

Le développement du dispositif **nécessite une concertation préalable** entre l'ensemble des acteurs concernés : médecins libéraux, SAMU, SDIS ; et des supports écrits qui clarifient le cadre applicable et les conditions d'exercice et de financement de l'activité. L'impulsion et l'accompagnement de l'ARS est particulièrement utile dans ce cadre.

En matière d'équipement, l'analyse de l'an I du Pacte territoire santé 2 démontre qu'il reste encore un nombre important de population à plus de 30mn d'un service d'urgence.

Le **développement des héli-SMUR et la mise en place d'antennes SMUR ou d'organisations mixtes**, qui se heurtent néanmoins au problème du recrutement de médecins urgentistes, sont les réponses proposées.

La **mise en place de consultations non programmées et de prise en charge des urgences dans les MSP** n'a pas été concluante à ce jour : moins de 2% des patients pris en charge ont été orientés vers ces structures par le CRRA 15 ou le SDIS.

Perspectives

Les perspectives s'inscrivent dans les objectifs Nationaux An II du Pacte territoire santé : déploiement des MCS, rémunération des cabinets de ville qui s'engagent dans une prise en charge territoriale des soins urgents non programmés, déploiement d'un volet « urgences » dans le programme de télémedecine EHPAD pour permettre de poser un diagnostic en moins de 30mn dans certaines pathologies-clés.

Les propositions du plan d'action régional pour les urgences (1er volet : « accessibilité à des soins urgents ») pour la nouvelle région sont les suivants :

- travailler la communication MCS auprès des médecins
- proposer la formation MCS dans le cursus des internes
- aider et harmoniser les travaux des FMIH au sein du groupe technique de l'Instance de concertation régionale sur les urgences (ICRU)
- développer les expérimentations PDSA/SU et MCS pour des soins non programmés (Côte d'Or, Jura, Haut-Doubs et Haute -Saône)
- définition du réseau MCS sur les territoires à plus de 30mn et des rôles à donner

Pistes de travail / points de vigilance

Néant (mise en œuvre du PARU).

- **ANNEXE PORTE 1 – DEFINITIONS DES NOTIONS ET DES DISPOSITIFS**

- **Accès aux soins de premier recours**

Définition CSP Article L1411-11

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

- **Zonages**

Les "zones fragiles" constituent le cœur de la politique régionale mise en œuvre par l'ARS pour améliorer la répartition géographique des maisons de santé, pôles de santé, centres de santé et professionnels de santé. Les aides qui y sont attachées convergent autour des projets prioritaires ou des professionnels qui y sont impliqués : contrat d'engagement de service public (CESP), contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), soutien à l'exercice regroupé...

Les zonages servant notamment de base pour l'octroi des aides de l'Assurance Maladie

Le "zonage pluri-professionnel" : Il est la référence pour la mise en œuvre des mesures d'aides à l'installation relevant de l'Assurance Maladie définies dans le cadre de la convention médicale (option démographie et option

santé solidarité). À noter qu'il est également la référence pour l'attribution de certaines aides fiscales (exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la PDSA) et d'aides de collectivités territoriales (aides au logement et au transport pour les étudiants, aides à l'installation...).

Les zonages spécifiques aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes et chirurgiens-dentistes libéraux. : Ils correspondent à un classement des territoires en 5 niveaux, qualifiés de "très sous dotés" à "sur dotés" ; les territoires les moins dotés sont la référence pour l'attribution des aides à l'installation pour ces professions, relevant de l'Assurance Maladie.

- **Dispositifs d'incitation**

CESP : Le **Contrat d'Engagement de Service Public** permet aux étudiants et internes en médecine, et aux étudiants en odontologie, de percevoir une allocation mensuelle de 1200 euros bruts, pendant toute la durée de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer dans des zones fragiles définies par l'ARS.

PTMG : Le **contrat de Praticien Territorial en Médecine Générale** s'adresse aux jeunes médecins généralistes installés depuis moins d'un an en zones prioritaires ou fragiles. Ce contrat garantit un revenu mensuel minimum de 6900 € brut pendant les deux premières années de son installation, ainsi qu'une protection sociale renforcée en cas de congés maternité ou de congés maladie.

PTMA : Le **contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire** s'adresse aux médecins généralistes et autres spécialistes, qui souhaitent s'installer ou qui sont installés depuis le 1er janvier 2015 dans des territoires manquant de professionnels. Ce contrat offre une rémunération forfaitaire complémentaire en cas de congés maternité et paternité.

- **Maisons de santé**

Article L. 6323-3 du code de la santé publique :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé ».

- **Pôle de santé**

Article L. 6323-4 du code de la santé publique :

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale ».

- **Coordination opérationnelle de proximité**

Elle est exercée par les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé polyvalents, les équipes de soins de proximité. L'équipe de 1er recours assure l'expertise et la coordination de la prise en charge du patient pour une bonne orientation dans le système (coordination clinique).

- **Situation complexe (définition HAS)**

Elle peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Elle nécessite en général un travail coordonné de plusieurs professionnels.

- **Coordination d'appui de territoire**

Elle est exercée par les pôles de santé de territoire, les réseaux de santé, les groupements libéraux de professionnels de santé. Cette coordination au service des équipes de premier recours prend en charge les patients en « situation complexe » (plusieurs pathologies, hospitalisations répétées, isolement social...) Les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'un appui pour évaluer et coordonner la prise en charge à domicile (intervenants des champs social, médico-social, sanitaire...)

- **Protocoles de coopération**

Le protocole de coopération est défini comme "le transfert d'activités ou d'actes de soins entre professionnels de santé et la diversification des compétences". Il concerne tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux quels que soient leur secteur et leur cadre d'exercice.

L'article 51 de la loi HPST (L 4011-1 CSP) les définit comme suit : "par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient". Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé

- **Médecins correspondants du SAMU (MCS)**

L'ensemble des ARS a établi des plans d'actions pour déployer des solutions adaptées aux territoires afin d'assurer une réponse aux demandes de soins urgents. L'une de ces solutions est la mise en place de Médecins Correspondants du SAMU (MCS). Comme le prévoit le décret du 22 mai 20061, et l'arrêté du 12 février 20072, les MCS sont des médecins de premier recours, formés à l'urgence, qui interviennent en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires identifiés et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Dans le cadre de l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes, un guide a été réalisé par la DGOS, et diffusé aux ARS en juillet 2013, afin de promouvoir le dispositif MCS et d'accompagner ces dernières dans son déploiement.

2.3 Porte 2 : L'organisation territoriale du recours aux soins

• PREAMBULE

Périmètre de l'évaluation

Il s'agit d'évaluer les stratégies de coopération mises en œuvre dans les deux régions pour :

- organiser la gradation des soins sur les territoires
- articuler l'ambulatoire et l'hospitalier (ville-hôpital)

L'évaluation porte donc sur :

- un bilan des deux approches régionales des coopérations hospitalières
- un exemple de l'organisation des soins sur le territoire : la cancérologie
- le développement des alternatives à l'hospitalisation complète
- l'articulation entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers

Source des informations

La collecte des données a été freinée par les mouvements de personnes liés à l'unification des régions Bourgogne et Franche-Comté et la création de la nouvelle ARS : un nombre important de référents thématiques, soit ont quitté l'ARS, soit ont vu leur champ de compétence modifié.

Par ailleurs, la consigne de la direction générale, à la suite de la réunion des deux ARS, a été de se projeter vers l'avenir plutôt que de s'investir sur le bilan du passé. Il en résulte que les tableaux de bord de suivi des PRS, quand ils existaient, n'ont pas été actualisés de manière exhaustive.

En Bourgogne, le SROS envisageait un dispositif d'évaluation incluant un suivi annuel au moyen de tableaux de bord comportant des indicateurs d'impact et des indicateurs de suivi de la mise en œuvre (tous les objectifs du SROS ont en principe un indicateur de suivi et d'impact). Dans les faits, ces tableaux de bord n'ont pas été régulièrement renseignés.

En Franche-Comté, les tableaux de bord des actions relatives aux priorités stratégiques ont permis de suivre de manière plus précise les réalisations,

même s'ils ne sont pas renseignés de manière exhaustive. Par ailleurs, un bilan de l'ensemble du PRS a été réalisé en novembre 2014 et comporte des éléments relatifs aux recompositions hospitalières, aux alternatives, et à l'organisation des soins en cancérologie.

La fusion des deux régions au second semestre 2015 a donné lieu à de premières capitalisations conjointes sur les réalisations menées sur chaque territoire dans le cadre des projets prioritaires et des parcours. Ainsi la mise en place du projet structurant « recomposition de l'offre hospitalière – mise en place des CHT/GHT » d'une part, et du « parcours cancer » d'autre part, ont été l'occasion de faire un bilan sur les réalisations dans ces deux domaines.

Des données ont également été recueillies dans le cadre des systèmes de « reporting » nationaux, notamment sur les alternatives à l'hospitalisation complète (Chirurgie ambulatoire et Hospitalisation à domicile).

Ayant permis de compléter cet ensemble de données, les entretiens réalisés pour cette porte d'entrée sont listés dans le [chapitre 6. Annexes](#).

Le contexte et les enjeux

Le contexte se caractérise pour les deux régions par :

- une démographie médicale hospitalière fragile
- des ressources contraintes (évolution de l'ONDAM)

Les enjeux :

- améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins
- améliorer la qualité et la sécurité
- réduire les inégalités de santé
- réduire les coûts (rationaliser les modalités de prise en charge)

Les leviers d'action et les outils :

- les rapprochements entre établissements de santé : CHT, fusions, FMIH
- la gradation des soins (équité d'accès, sécurité, efficacité) : l'organisation en 3 niveaux et la structuration en filières

- la mutualisation des moyens par le développement des alternatives à l'hospitalisation (Chirurgie ambulatoire et HAD) et des outils collaboratifs (DMP, télémedecine)
- l'articulation entre la ville et l'hôpital : notion de parcours

Synthèse des objectifs initiaux

Dans chacun des PRS, les objectifs relatifs à l'organisation du recours aux soins sont **formulés essentiellement dans les plans stratégiques et dans les SROS Hospitaliers**. On les retrouve également dans les SROS Ambulatoires et dans les programmes régionaux de télémedecine. Nous les avons regroupés en trois grands objectifs de la façon suivante :

OBJECTIFS	Documents sources / objectifs spécifiques	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
1. Garantir pour tous l'accès à des soins de qualité et sécurisés sur l'ensemble des bassins de vie	SROS volet hospitalier (Finalités du SROS) et dans les objectifs spécifiques des 19 activités de soins SROS Cancérologie	PSRS Enjeu transversal 1 SROS Objectif 3.2 Cancer Objectif PRS 2.1
2. Promouvoir une organisation des soins efficiente à même de faire face aux évolutions des ressources	SROS Chirurgie Objectif général n°2 SROS HAD (avec révision) Programme régional de télémedecine	SROS fiche chirurgie SROS fiche HAD Programme régional de télémedecine
3. Améliorer l'interface et la complémentarité entre les différents niveaux de recours aux soins : l'articulation entre la ville et l'hôpital	PSRS OG 1.2 SROS Ambulatoire OG 3.4.2 Programme régional de télémedecine	Priorité stratégique 3.2 SROS Ambulatoire schéma cible 3.4 Programme régional de télémedecine

Pour chacun des 3 objectifs généraux les chapitres suivants examinent les leviers et modalités d'action envisagés dans chacun des PRS et les actions effectivement réalisées sur la période 2012-2016.

• OBJECTIF 1 : GARANTIR POUR TOUS L'ACCES A DES SOINS DE QUALITE ET SECURISES SUR L'ENSEMBLE DES BASSINS DE VIE

Les leviers d'action pour l'atteinte de ces objectifs :

1.1 Favoriser les rapprochements entre établissements de santé

1.2 Organiser la gradation des soins sur les territoires

Levier d'action 1.1 : Favoriser les rapprochements entre établissements de santé

En Bourgogne

La Bourgogne a suivi une **stratégie territoriale** : les coopérations ont été organisées **autour des six territoires de soins hospitaliers**. 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 hospitalier de recours.

L'accompagnement des projets par l'ARS a été réalisé en étroite relation entre le siège et les Délégations Territoriales concernées.

Des **appuis extérieurs** ont été sollicités, soit au sein du Ministère (procédures COPERMO23, ANAP), soit par des cabinets privés, notamment pour l'élaboration des projets médicaux de territoire des CHT.

En Franche-Comté

En Franche-Comté, le choix d'un **territoire de santé unique** a conduit à développer une **logique de gradation des soins adossée au CHU de Besançon**. Cela s'est traduit par la création de fédérations régionales dans différentes spécialités en commençant par l'oncologie, la radiothérapie et

²³ CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), chargé d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements

la neurologie, ainsi que par des initiatives de mutualisation entre établissements hospitaliers, allant le cas échéant jusqu'à des fusions.

En interne, du fait de l'option d'un territoire de santé régional, **l'accompagnement des restructurations hospitalières s'est fait exclusivement par le siège de l'ARS**, associant le travail de la direction de l'offre de santé et de l'autonomie et de la direction performance.

Des **appuis extérieurs** ont été sollicités en fonction de la situation des établissements, soit au sein du Ministère (procédures COPERMO, contrats de performance avec l'ANAP), soit par des cabinets privés.

Bilan

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de communautés hospitalières de territoire (CHT) constituées	6 : <ul style="list-style-type: none"> - CHT Sud Yonne Haut Nivernais - CHT Saône-et-Loire Nord Morvan - CHT sud Saône-et-Loire Bourgogne méridionale - CHT Nièvre - CHT nord Yonne - CHT Côte d'Or 	1 : CHT Jura Sud

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de fusions d'établissements réalisés	2 : <ul style="list-style-type: none"> - CH Haute Côte d'Or : 6 sites hospitaliers, 1 clinique privée SSR, et 1 EHPAD - CH Sud Côte d'Or : 4 sites hospitaliers 	6 (dont 2 fusions antérieures au PRS, et complétées dans cette période) : <ul style="list-style-type: none"> - Groupe hospitalier de la Haute-Saône : 3 sites hospitaliers, 7 EHPAD (le dernier fusionné en janvier 2016), 1 Centre d'action médico-sociale précoce - Hôpital Nord Franche-Comté : 2 sites hospitaliers (Belfort et Montbéliard) seront déménagés sur un site nouveau et unique au second semestre 2016 - CHI Haute-Comté : 1 CH + 1 hôpital psychiatrique + 1 EHPAD - CH du Sud Jura : 3 sites hospitaliers - Fusion du Centre de Rééducation Fonctionnelle et de la Maison d'Accueil Spécialisée de Quingey - Fusion en perspective au 1.1.2017 : 3 établissements de santé du « triangle d'or » (2 CH locaux et 1 SSR), en direction commune depuis 2014.
Fédérations inter-hospitalières constituées	Une FMIH sur les urgences existe dans chaque territoire de santé, soit 20 CH concernés disposant d'un SAU	9 fédérations inter-hospitalières avec le CHRU : Neurologie, oncologie médicale, radiothérapie, gastro-entéro, imagerie, néphrologie, gériatrie, ophtalmologie
Autres coopérations		1 Coopération public-privé : accord de partenariat CH et Polyclinique de Dôle (2014) 4 mutualisations de fonctions support dans les domaines de la biologie et de la pharmacie à usage intérieur

Dans le domaine de la coopération hospitalière, les facteurs facilitant et les freins sont communs aux deux régions :

Les **freins** :

- la réticence des élus et de la population (peu virulente néanmoins dans les deux régions),

- l'opposition du corps médical sur certaines orientations.

Les facteurs facilitants :

- la mise en place d'une direction commune, qui constitue un « tremplin » particulièrement efficace pour la réalisation de fusions ou de mutualisations,
- les complémentarités qui peuvent exister de fait entre les établissements en matière d'activité de soins.
- En Franche-Comté, le positionnement géographique de Besançon, situé exactement au centre de la région, a favorisé l'organisation de coopérations régionalisées aussi bien sur le plan de la structuration des filières de soins que sur le plan des activités supports.

Perspectives

Une analyse de type SWOT (analyse des forces et des faiblesses, des opportunités et des menaces) a été réalisée dans le cadre du comité de pilotage pour le rapprochement des deux ARS en avril 2015. Elle a mis en évidence pour les deux régions des forces/atouts, des faiblesses/lacunes, des opportunités, et des menaces/risques. A la suite de cette analyse des objectifs opérationnels ont été définis et sont mis en œuvre dans le cadre d'un **projet prioritaire**.

Ce projet prioritaire s'est donné pour objectifs :

- d'achever les recompositions engagées après analyse des points forts et des fragilités des actions de restructuration engagées sur la Bourgogne et la Franche-Comté,
- de faire converger les deux dynamiques de coopération dans le cadre de la constitution des GHT : définir les priorités en matière de coopérations inter-hospitalières et recompositions dans un document cadre en intégrant les dispositions de la loi santé et proposer une feuille de route et les modalités d'accompagnement aux partenaires (Fédération hospitalière de France, élus, établissements),
- de manière plus spécifique : étendre à l'ensemble BFC les réorganisations engagées en Bourgogne sur la biologie hospitalière et la filière gériatrique.

La gouvernance de ce projet est fondée sur la mise en place d'un comité stratégique composé des présidents de conseil de surveillance, des directeurs et présidents de CME, un appui de l'ARS par le financement de cabinets de consultants et le suivi des projets au regard des orientations régionales

Cet accompagnement est complété par un volet Ressources humaines défini dans un **Schéma régional des ressources humaines en santé** qui s'est donné comme objectifs : le développement de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) à l'échelle du territoire, l'élaboration d'une politique de recrutement coordonnée, une politique de formation conjointe et l'organisation des équipes sur un territoire.

Levier d'action 1.2 : Organiser la gradation des soins sur les territoires

Dans les deux régions, la gradation des soins, complémentaire aux recompositions hospitalières, vise à garantir pour tous l'accès à des soins de qualité et sécurisés sur l'ensemble des bassins de vie, quel que soit le type d'activité mise en œuvre.

En Bourgogne

La Bourgogne retient une organisation en 4 niveaux, dont le dernier niveau (4e niveau) correspond au recours interrégional voire national.

Au niveau purement régional l'organisation hospitalière répond donc à une gradation selon 3 niveaux :

Le premier niveau concerne des activités de soins, exercées en établissement de santé, mais n'ayant pas d'obligation de permanence des soins en établissement de santé (PDSES). Il est étroitement articulé avec l'offre ambulatoire qui repose sur les médecins généralistes et spécialistes, les réseaux, les centres, maisons et pôles de santé. Les établissements de santé de ce niveau sont constitués des ex-hôpitaux locaux mais également des établissements de santé polyvalents de taille limitée dont l'activité est concentrée le plus souvent sur la médecine. Ils participent à l'offre de soins de proximité (soins de premier recours) et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire et médico-sociale.

Le deuxième niveau constitue un niveau de recours infrarégional. Il concerne des activités de soins MCO ou des plateaux techniques ayant des activités à la fois programmées ou en urgence, avec une obligation de permanence des soins en établissement de santé (PDSES). À ce niveau, sont

également organisés l'hospitalisation complète en psychiatrie, la présence psychiatrique en urgence et les centres d'accueil et de crise.

Le troisième niveau est celui des plateaux techniques de recours régional ; il assure une offre hautement spécialisée et une offre de recours en cancérologie.

À partir de cette gradation en 3 niveaux, l'organisation de l'offre hospitalière publique et privée de la région est organisée sur la base d'un territoire de projet hospitalier. Dans chacun de ces territoires, les activités de niveau 1 et 2 sont assurées par un ou plusieurs établissements ; le niveau 3, régional, étant assuré par les établissements de recours régional (CHRU et CLCC pour le cancer).

En Franche-Comté

Le SROS de Franche-Comté évoque la notion de « **recours** » et non de niveau.

Le 1^{er} recours est celui du médecin généraliste (il ne s'agit donc pas d'un recours hospitalier).

Le 2^{ème} recours est organisé autour des spécialistes (autres que les généralistes) qui sont en ville et à l'hôpital.

Le 3^{ème} recours est positionné autour du CHU et de certains centres hospitaliers.

Néanmoins dans le cadre du SROS hospitalier, chaque filière de soins est organisée, comme en Bourgogne, en trois niveaux :

- un niveau de proximité
- un niveau de recours infrarégional
- un niveau régional. Un quatrième niveau (inter-régional) concerne les prises en charge très spécialisées.

L'outil privilégié de la mise en œuvre de la gradation des soins est **le système d'autorisation** qui s'applique à tous les établissements de santé. Les autorisations doivent en effet être en adéquation avec les objectifs déclinés dans les différentes activités de soins. Il constitue donc un instrument de régulation à la main des ARS. Dans les deux SROS chacune des 19 activités de soins fait l'objet de priorités particulières détaillées qui se traduisent par une série d'objectifs généraux, eux-mêmes déclinés en objectifs spécifiques.

Compte tenu de l'impossibilité d'évaluer l'ensemble des activités de soins, il a été choisi dans le cadre de cette étude de porter un regard sur la **cancérologie**, discipline qui traverse l'ensemble des niveaux de soins.

L'exemple de la cancérologie

1/ Organisation de la gradation des soins

La situation des deux régions en matière de prise en charge du cancer est relativement contrastée

En Bourgogne

L'activité de soins et de traitement du cancer est abordée dans le PRS à travers **l'approche « parcours »**. Le parcours d'un patient atteint de cancer a été analysé et 7 points de rupture concernant la continuité de cette prise en charge ont été identifiés, allant de la prévention à la prise en charge à domicile. Dans le domaine du soin, les **points de rupture identifiés** sont les suivants :

- Difficulté d'accès à une offre de soins de proximité liée à une démographie médicale défavorable.
- Coût de la prise en charge des transports des patients
- Problématique de la prise en charge des populations vieillissantes, l'approche gérontologique en oncologie demeurant très partielle.
- Difficulté d'accès des patients aux protocoles de recherche clinique en partie en lien avec le faible nombre d'activités de recherche clinique dans les établissements.
- Manque de coordination entre les différents acteurs (médecin traitant, SSIAD, aidants naturels, ...) en suite des soins.

Les **objectifs d'amélioration** de la prise en charge sont déclinés en 4 objectifs généraux permettant de répondre aux points de rupture identifiés, dont 3 concernent le soin :

- Améliorer l'accès aux soins de cancérologie, notamment de proximité.
- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en cancérologie.
- Améliorer l'efficacité des prises en charge en cancérologie.

En matière de traitement du cancer, la Bourgogne se caractérise par une offre « déconcentrée », avec un grand nombre d'autorisations, la présence à Dijon d'un CHU voisinant avec un CLCC, et un faible développement des mutualisations. La restructuration de l'offre n'était pas un objectif du PRS (le diagnostic indiquait que cette restructuration avait déjà été effectuée dans le cadre du précédent SROS)

La Bourgogne dispose de **27 établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers** :

- le Centre de Lutte contre le cancer Georges François Leclerc (CLCC)
- 11 établissements publics ou ESPIC dont le CHU de Dijon
- 15 établissements privés, dont 5 centres de radiothérapie

Il est à noter la forte présence du secteur privé qui couvre tous les territoires de la Bourgogne ainsi que la coexistence sur un même secteur d'un CLCC et d'un CHRU.

En termes de **gradations des soins, trois niveaux** ont été retenus :

- Un établissement d'expertise et de recours régional : le pôle régional de cancérologie réunissant dans un Groupement de coopération sanitaire le CHU de Dijon et le Centre Georges François Leclerc (CLCC). En réalité, les deux établissements ont très peu d'activités en commun, hormis dans le domaine de la recherche, et sont plutôt de fait dans le registre de la « concurrence ».
- 20 établissements intermédiaires et centres de radiothérapie. : 6 établissements en Côte d'Or à Dijon et dans son agglomération, 3 établissements dans la Nièvre à Nevers, 3 établissements à Chalon, et 3 à Macon pour la Saône et Loire, 3 à Auxerre et 2 à Sens pour l'Yonne.
- 7 établissements de proximité : CH Beaune et CH Semur en Auxois pour la Côte d'Or, Clinique de Cosne/Loire dans la Nièvre, CH de Montceau, HD Le Creusot, CH et Clinique de Paray le Monial pour la Saône-et-Loire.

Enfin 4 établissements sont associés en chimiothérapie : CH Saulieu, CHIC Chatillon Montbard (Côte d'Or), CH Decize (Nièvre), CH Autun (Saône et Loire).

Le SROS de Bourgogne avait mis en place des indicateurs de **suivi** pour l'ensemble des activités de soins, dont le cancer. Néanmoins ces

indicateurs n'ont pas été régulièrement alimentés, et il n'existe pas de tableau de bord de suivi des actions. Il **n'est donc pas possible de lister de manière exhaustive les actions réellement mises en œuvre**.

Sur le plan de la **gouvernance**, le « parcours cancer » a fait l'objet d'un **projet spécifique** piloté par le Pr. Fumoleau, directeur du Centre de lutte contre le cancer. Le comité de pilotage, qui comporte notamment des représentants des 3C²⁴, du réseau Oncobourgogne, et de la Femagisb²⁵ (pas de représentant du CHU), s'est réuni régulièrement, environ une fois par trimestre. Une équipe projet est en charge de la déclinaison opérationnelle des actions validées par le COPIL.

En Franche-Comté

Le cancer a fait l'objet d'un **projet stratégique** : Objectif PRS 2.1 « Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers ».

Les orientations générales du projet stratégique cancer s'articulent autour de **trois enjeux transversaux** :

- Mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité de l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer : le principal objectif est de pouvoir faire bénéficier les patients d'un égal accès à des soins de qualité et de proximité, leur apportant la garantie d'un parcours de soins personnalisé et coordonné.
- Développer la recherche et mailler l'ensemble de la région, avec des équipes compétentes, impliquées directement dans des travaux et des essais cliniques : analyse des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie, développement de l'oncogénétique, formalisation et complémentarité des travaux conduits par les différents partenaires.

²⁴ Centres de coordination en cancérologie, cf infra

²⁵ Fédération des maisons et groupements inter-professionnels de Bourgogne

- Renforcer les liens avec la ville à tous les moments de la prise en charge notamment pour permettre, une meilleure qualité de vie pendant et après la maladie. Cette coordination concerne les acteurs du secteur sanitaire mais également ceux du secteur médico-social et social.

En l'absence de centre de lutte contre le cancer, une réelle dynamique régionale s'est mise en place avec la **structuration d'une organisation régionale des soins**. L'Institut Régional Fédératif du cancer (IRFC) regroupe, sous forme de groupement de coopération sanitaire, les établissements autorisés en chimiothérapie et radiothérapie depuis 2009. Il a permis la constitution d'une équipe régionale d'oncologues qui se déploie à partir du CHRU de Besançon sur l'ensemble des établissements de santé de la région et d'une équipe unique de radiothérapie intervenant sur les sites du CHRU et de l'Hôpital Nord Franche-Comté.

La région dispose d'un nombre **d'établissements autorisés pour le traitement du cancer** beaucoup moins important que la Bourgogne :

- 6 établissements de santé publics
- 4 cliniques qui ne disposent que d'autorisations en chirurgie des cancers. L'une d'elle étant cependant site associé en chimiothérapie.

En Franche-Comté, la stratégie de régionalisation de la prise en charge en cancérologie, déployée depuis 2008, garantit que la qualité de la prise en charge est identique sur l'ensemble du territoire. Les équipes hospitalo-universitaires rattachées au CHU de Besançon irriguent tous les établissements autorisés en cancérologie de la région depuis fin 2013. La mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) spécialisées par organe concerne ainsi l'ensemble de la région. Le réseau régional de cancérologie (Oncolie) fortement soutenu par l'ARS a entrepris un important travail de formation des équipes et de suivi de la mise en place des procédures de qualité au sein des établissements.

Les **facteurs facilitants** de cette démarche régionalisée :

- Le contexte favorable des plans cancers successifs avec financements dédiés (le dernier plan cancer 3 couvre les années 2014-2019).
- Le faible poids du secteur privé dans cette région.

- Une réflexion sur la régionalisation de la cancérologie déjà ancienne initiée sous l'égide de l'Agence régionale de l'hospitalisation et poursuivie avec beaucoup de détermination par l'ARS.
- Le rôle clé des principaux acteurs : un réseau de cancérologie opérationnel et reconnu ; la constitution d'un Institut fédératif régional du cancer de Franche Comté sous forme de groupement de coopération sanitaire, regroupant l'ensemble des établissements autorisés en oncologie et radiothérapie, et l'existence de leaders médicaux reconnus et moteurs dans la démarche.
- L'implication du CHRU dans la démarche régionale et une mobilisation forte des professionnels de santé au sein des différents groupes de travail.
- Des structures régionales préexistantes : ADECA (dépistage) et registre des tumeurs.

Les **facteurs limitants** :

- L'insuffisance des liens ville-hôpital avec une implication encore difficile des médecins libéraux et notamment de l'URPS.
- La démographie de certains professionnels de santé.
- Les positionnements respectifs de l'IRFC et du réseau Oncolie à clarifier.
- La non interopérabilité entre le dossier communicant en cancérologie (DCC) et le DMP (dossier médical partagé).

Les **principales réalisations** issues du PRS en Franche-Comté sont les suivantes :

- Au niveau de l'organisation régionale :
 - **Mise en place progressive d'une organisation régionale en oncologie et en radiothérapie** après délivrance en 2010 des autorisations d'activités de traitement des cancers aux établissements de santé.
 - **Création de la Fédération Médicale Inter Hospitalière de radiothérapie entre le CHU et le CHBM** (04.03.2011) avec mise en place d'une équipe médicale hospitalo-universitaire unique la responsabilité d'un seul chef de service Hospitalo-universitaire.

- Déploiement totalement réalisé de l'équipe d'oncologues médicaux (2014) sur tous les établissements de santé de la région (le dernier en date étant le CH de Dole depuis novembre 2013).
- Développement des postes d'assistants partagés entre le CHU et les CH.
- Au niveau du parcours personnalisé :
 - Poursuite du déploiement du Dossier Communicant en Cancérologie et enrichissement de son contenu
 - **Mise en place et développement des mesures transversales de qualité** : mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP 567 en 2012, 695 en 2013 et 712 en 2014), consultations d'annonce médicales et consultations d'accompagnement paramédicales (financement MIG 26), élaboration et remise du Programme personnalisé de soins, développement et coordination des soins de support....
 - **Mise en place d'une IDE « postcare »** (octobre 2012) : suivi personnalisé des malades après chimiothérapie initiale (rappel téléphonique du patient par l'IDE sur prescription de médecin oncologue)
 - **Mise en place de la plateforme régionale d'appel Oncotel** (mai 2013) afin d'optimiser l'accès à l'information au bon interlocuteur pour le malade et son entourage, le médecin généraliste et les autres professionnels de santé, quel que soit le lieu de la prise en charge.
 - **Projet Oncotype** : projet d'épargne des chimiothérapies pour certaines patientes présentant un cancer du sein avec un risque faible. Il s'agit d'un test prédictif permettant d'évaluer le bénéfice anticipé de la chimiothérapie et de personnaliser la décision thérapeutique. Financement pour 100 patientes en région avec mise en place d'une RCP régionale spécifique.

²⁶ Missions d'intérêt général : Les missions d'intérêt général (enseignement, recherche, aide médicale d'urgence) exercées par certains établissements de santé (centres hospitaliers universitaires notamment) ne sont pas soumises à la tarification à l'activité (T2A) dont relèvent les activités hospitalières de ces établissements. Une dotation, est allouée aux établissements concernés.

- Développement de la plateforme et des consultations d'oncogénétique.
- Au niveau de l'accompagnement social, médico-social et professionnel :
 - **Mise en place d'une coordination régionale des soins oncologiques de support**, développement de l'activité sport et cancers, protocoles avec les psychologues libéraux et les perruquiers.

Par ailleurs, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2016 a été signé le 20 octobre 2013 avec l'IRFC, lui confiant la responsabilité de créer les conditions d'une bonne opérationnalité du PRS cancers, de sa mise en œuvre et de la mesure de ses effets, en dehors des axes dépistage et prévention.

En matière de **gouvernance** en Franche-Comté, le pilotage du PRS et de ses différents projets stratégiques a été assuré par la Direction de la Stratégie et du Pilotage de l'ARS. Un responsable administratif et un responsable médical assurent le suivi du projet en lien avec les autres responsables de projet transversaux.

2/ Coordination des soins

Dans les deux régions, la coordination des soins est assurée par les 3 dispositifs réglementaires :

- les RCP ²⁷ (réunions de concertation pluridisciplinaire) au niveau opérationnel
- les 3C²⁸ (centres de coordination en cancérologie) : **8 en Bourgogne** dont la mise en conformité par rapport aux critères d'agrément de l'INCa a été réalisée dans la période du PRS, et **5 en Franche-Comté**.

²⁷ Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment.

En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C).

²⁸ Centres de coordination en cancérologie, institués par la circulaire du 22 février 2005

Dans le cadre du parcours cancer initié en Bourgogne, l'ARS a accompagné le centre de coordination en cancérologie (3C) de Nevers (mixte établissements publics et privés) dans la mise en place d'une coordination de la prise en charge des patients en phase de suivi et de surveillance post traitement aigu de l'affection concernée par des infirmières de coordination (*action décrite plus bas dans le chapitre consacré aux relations ville-hôpital*)

Le DCC (dossier communiquant en cancérologie), outil de coordination des soins entre les différents professionnels concernés, a été **peu déployé en Bourgogne**.

- Les RCC (réseaux régionaux de cancérologie) ont pour missions de veiller à la qualité de prise en charge des patients atteints d'un cancer quel que soit leur lieu de résidence ou de traitement en assurant une amélioration et une harmonisation des pratiques professionnelles. Ils sont actuellement en cours de labellisation par l'INCa pour l'année 2016, un nouveau cahier des charges national leur sera appliqué à compter de 2017. Ce nouveau référentiel renforce les missions des RRC, à travers notamment l'intégration des missions des 3C. L'ambition est que les RRC deviennent de véritables structures d'appui et d'expertise auprès des ARS. En Bourgogne, il s'agit du réseau OncoBourgogne et en Franche-Comté du réseau Oncolie, tous deux labellisés par l'INCa.

En termes d'implication dans la déclinaison du Plan Cancer 3, les ARS Bourgogne et de Franche-Comté ont toutes deux partie du **groupe interface** constitué de 6 ARS volontaires. Ce groupe a été constitué pour assurer une interface nationale-régionale et fluidifier les relations avec les partenaires. A ce titre, elles ont été régulièrement sollicitées par l'INCa ou la DGOS pour participer à des réunions de travail sur le Plan Cancer 3.

• OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR UNE ORGANISATION DES SOINS EFFICIENTE A MEME DE FAIRE FACE AUX EVOLUTIONS DES RESSOURCES

2.1 Développer les alternatives à l'hospitalisation : chirurgie ambulatoire et HAD

2.2 Promouvoir la e-santé dans le champ hospitalier

Levier d'action 2.1 : Développer les alternatives à l'hospitalisation

Un des objectifs du SROS hospitalier dans les deux régions étaient le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, en particulier : la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile.

Chirurgie ambulatoire

Réalisations en Bourgogne

Pour développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé

- Promotion des pratiques innovantes par un trophée de la chirurgie ambulatoire (2015) = 12 candidats, 3 prix.
- Développement des campagnes de MSAP (mise sous accord préalable) chirurgie ambulatoire basées sur le plus fort potentiel par spécialité et par zone avec un amélioration du taux des gestes marqueurs (partenaire Assurance maladie 2012-2016).
- Benchmark quantitatif : les bases de données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) peuvent être mobilisées pour un état des lieux et un suivi par spécialités, par durées de séjours et par gestes marqueurs. Cet outil contribue à l'émulation intra régionale.
- Retour d'expérience auprès des établissements de santé avec l'ANAP : retours d'expérience au cours de sessions collectives ou individuelles pour les établissements accompagnés.

Pour animer, fédérer et organiser en région autour de la chirurgie ambulatoire

- Création de l'instance régionale de l'ambulatoire (2014), qui réunit deux fois par an les acteurs régionaux de la chirurgie ambulatoire : directeurs d'établissements de santé (dont le CLCC), présidents de CME, les coordonnateurs médicaux, les fédérations, les URPS, le conseil de l'ordre.
- Intégration d'un stage de chirurgie ambulatoire dans les cursus des internes.

Pour promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès du grand public et des usagers

- Campagne de communication grand public sur la chirurgie ambulatoire (dossier presse trophée novembre 15).
- Présentation d'un film sur la chirurgie ambulatoire (février 2016).

Réalisations en Franche-Comté

Pour développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé

- Soutien financier au développement des pratiques innovantes en matière de chirurgie ambulatoire par appel à projet régional fin 2014 à 2016 = 2 établissements dont 1 privé = atteinte des objectifs en 2016.
- Appels à projet pour la réduction des durées de séjours de niveau 1 en chirurgie 2 établissements dont 1 privé fin 2014 à 2016, atteinte des objectifs.
- Contractualisation dans un avenant CPOM d'un objectif personnalisé cible basé sur le case mix²⁹ = 5 établissements (dont 4 dépassent la cible en 2015).
- Développement des campagnes de MSAP chirurgie ambulatoire basées sur le plus fort potentiel par spécialité et par zone = amélioration du taux des gestes marqueurs (partenaire Assurance maladie 2012-2016).
- Benchmark qualitatif = Guide de référence régional 2014 et suivi 2013-2014.

²⁹ Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en GHM (groupes homogènes de malades) des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée

- Retour d'expérience auprès des établissements de santé avec l'ANAP retours d'expérience au cours de sessions collectives ou individuelles pour les établissements accompagnés. Vidéos réalisées en 2016.

Pour animer, fédérer et organiser en région autour de la chirurgie ambulatoire

- Comité stratégique du projet PRS « filière chirurgie » associant les Fédérations hospitalières, les usagers, l'URPS, l'assurance maladie, l'UFR.
- Groupe de travail performance des BOP (blocs opératoires) et UACA (unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire) associant Cadres BOP et UACA, chirurgien, AREA (anesthésie-réanimation), Directeurs d'établissement.

Pour promouvoir le virage ambulatoire auprès des acteurs de la médecine de ville

- Réunion 18 mai 2016 pour identifier les besoins de coordination, déterminer les bonnes pratiques à promouvoir, les outils à développer et les canaux de communication et promotion à privilégier (chirurgien, cadre UACA, direction des établissements de santé, médecins généralistes, IDE, Kiné, pharmacien, psychologue).
- Information des professionnels de santé médicaux à l'occasion des réunions de coordination de secteurs de garde et des réunions des associations locales de FMC (formation médicale continue).
- Rencontre autour de la chirurgie ambulatoire en 2016.
- Campagne de délégués de l'assurance maladie : visite DAM fin 2015.
- Promotion de la chirurgie ambulatoire sur certains gestes lors de l'accompagnement sur le programme de pertinence (cholécystectomie) Echanges confraternels 2015.

Pour promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès du grand public et des usagers

- Création d'un kit d'information patient diffusé aux cabinets de ville (Kit et flyers) en novembre 2015.
- Formation des représentants des usagers (3 formations en 2013 2014 et 2015).
- Article spécifique dans la revue de l'assurance maladie 2015.
- Conférence de presse (5 09 16) commune aux deux ex-régions.

Bilan

Taux réalisé de chirurgie ambulatoire en 2014 :

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2014	48,4% (taux cible : 48,8%)	44,7% (taux cible : 44,6%)	50%
2015	50,5% (taux cible : 51%)	46,6% (taux cible : 46,7%)	51,9%

Ces chiffres montrent :

- En Bourgogne : une légère diminution de l'écart du taux réalisé de chirurgie ambulatoire avec le taux national (écart 1,6% en 2014, 1,4% en 2015).
- En Franche Comté : un très bon taux de réalisation par rapport au taux cible. Néanmoins l'écart du taux réalisé avec le taux national est plus important en Franche Comté qu'en Bourgogne : 4,3% en 2014 et 5,3% en 2015.

Parmi les **points forts de la démarche**, communs aux deux régions, on relève :

- Une vision transversale de la filière chirurgie, un diagnostic partagé et une démarche globale.
- Une implication forte des professionnels de santé et des directeurs, des usagers, de l'URPS, de l'Assurance maladie.
- Une méthode pouvant être adaptée pour la médecine et les techniques interventionnelles.
- Des liens étroits avec les autres priorités stratégiques : Urgences, Permanence des soins en établissements de santé, Télémedecine, Soins de 1^{er} recours et une collaboration forte avec la mission nationale pertinence des soins, la Haute autorité de santé (HAS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.
- Un plan d'actions qui emporte l'adhésion des partenaires (professionnels de santé, usagers, établissements de santé, fédérations) et des actions particulièrement innovantes (audit croisé en ORL).

Ces points forts sont cependant limités par **certains freins** :

- Un déficit démographique régional important actuel et à venir (départ en retraite) en ophtalmologistes et orthoptistes
- Des indicateurs difficiles à comprendre de la part des producteurs de soins nécessitant un temps d'appropriation et des données dispersées à collecter.
- Des attentes sur les implantations de plateaux techniques et autorisations auxquelles le projet ne répond pas.
- Une sensibilité particulière des professionnels de santé sur le sujet de la pertinence des soins et une culture en développement de l'évaluation des pratiques.
- L'absence de référentiel pour certains actes (chirurgie des varices et des anévrismes de l'aorte abdominale).
- La difficulté de contractualiser avec les établissements de santé dans le CPOM sur des objectifs portant sur la pertinence des soins car ce sujet concerne directement les professionnels contributeurs qui ont posé l'indication du soin.

Hospitalisation à domicile (HAD)

Le développement de l'HAD était un objectif commun aux deux régions (SROS).

En Bourgogne

Les principaux motifs de prise en charge en HAD en Bourgogne en 2014 étaient les suivants :

- Soins palliatifs : 17, 55 %
- Retour précoce à domicile après accouchement : 14,60 %
- Pansements complexes : 11, 31 %
- Prise en charge du nouveau-né à risque : 9,22 %
- Chimiothérapie anticancéreuse : 5, 38 %
- Surveillance post chimio anticancéreuse : 9,03 %
- Traitement intraveineux : 8,34 %
- Post-partum pathologique : 5,73 %

Devant le constat de l'insuffisance des prises en charge en HAD, et à la suite d'une circulaire de décembre 2013³⁰, l'ARS de Bourgogne a **souhaité réviser le SROS HAD** (révision validée au 30 juin 2015).

La circulaire de 2013 envisage en effet une activité minimum de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants. Pour une population bourguignonne d'environ 1,6 million d'habitants, et sur la base de 35 patients par jour, cette activité devrait être de 217 000 journées. Or l'activité 2013 était en Bourgogne de 74 357 journées (64 379 en 2012).

Les cartes relatives à cette activité montrent globalement **un très faible taux de couverture de la Bourgogne ainsi que plusieurs zones blanches où les patients n'ont pas accès à l'HAD**.

Une **réorganisation de la filière** a donc été lancée dans le cadre de la révision du SROS, avec :

- Le regroupement ou la fusion des autorisations pour passer de 15 à 9 autorisations sur la base d'une activité de 60 patients /jour par structure autorisée à l'horizon 2018.
- La mise en place par les structures autorisées d'une organisation reposant sur des antennes permettant : une déconcentration des autorisations HAD, un recours aux professionnels libéraux locaux, et un appui sur les structures sanitaires et médico-sociales déjà existantes.

Sur le plan de l'efficience économique, les différentes hypothèses permettent d'aboutir à une économie évaluée à 4,3 M€ (hypothèse basse), à 22 M€ (hypothèse haute) sur les dépenses d'assurance maladie.

En Franche-Comté

La couverture régionale est théoriquement effective via 2 entités : la Mutualité et HAD 39. L'HAD 39 couvre le département 39. La Mutualité dessert les départements du Doubs, de la Haute-Saône et le Territoire de Belfort, notamment par ses antennes de Pontarlier, Vesoul et Etupes.

Un des enjeux a été de promouvoir ce type de prise en charge auprès des professionnels de santé et des acteurs médico-sociaux :

³⁰ CIRCULAIRE DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

- 4 réunions départementales se sont tenues en novembre 2014 à l'attention des ESMS pour développer la prise en charge HAD dans ces établissements.

Bilan

Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants [valeur cible nationale= 30]

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2011	11,5	12,6	16,5
2014	13,4	13,9	18,5

Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR) [valeur cible = 74]

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2011	22,7	28,4	36,5
2014	25	30,6	40

Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR) (en %)

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2011	73,5	90,4	69,7
2014	69,7	88,8	68,2

Part des séjours en HAD à partir du domicile (en %) valeur cible : + 8 à 10%

Année	Bourgogne	Franche-Comté	France
2011	25,6	9,5	28,4
2014	28	9	29

Les **freins au développement** de l'HAD sont bien identifiés dans le SROS révisé, et s'applique aux deux régions :

- Malgré les progrès réalisés, de nombreux médecins (libéraux et hospitaliers) sont encore insuffisamment enclins à prescrire une hospitalisation en HAD.

- Le maillage de la région en structures d'HAD est encore incomplet.
- Plusieurs établissements peinent à mettre en œuvre cette activité de soins, relativisant l'aspect de couverture territoriale au vu des autorisations accordées.
- L'usage de la télémédecine reste à développer.
- Plusieurs structures d'HAD ont été précédemment autorisées pour un dimensionnement inférieur à 20 lits. Le format recommandé est maintenant celui d'une activité « plancher » correspondant à une prise en charge journalière de 30 à 35 patients pour 100 000 habitants par structure autorisée.
- La continuité et la permanence des soins, notamment médicale, reposant sur le médecin généraliste, restent fragiles et souvent assurés par le médecin coordonnateur.
- La mise en œuvre opérationnelle des partenariats HAD-EHPAD a été freinée par des critères d'inclusion en HAD inadaptés aux publics des EHPAD. Le renforcement des partenariats HAD-EHPAD passe dans un premier temps par une meilleure communication de proximité auprès du personnel soignant de l'EHPAD et des médecins libéraux.
- Le relais d'aval de l'HAD est souvent difficile à organiser.
- La population est en diminution dans certaines zones de Bourgogne, rendant l'habitat plus dispersé et augmentant les temps de distance et d'intervention.

Levier d'action 2.2 : Promouvoir la e-santé dans le champ hospitalier

Deux programmes intégrés dans les PRS concourent au développement de l'e-santé dans le champ hospitalier.

Hôpital numérique

Le programme Hôpital numérique, piloté par la direction générale de l'offre de soins, a pour ambition d'amener l'ensemble des établissements de santé à un palier de maturité de leur système d'information permettant le partage et l'échange d'informations au sein des établissements et l'amélioration significative de la qualité, la sécurité des soins, et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires autour de la production de soins.

Les domaines fonctionnels prioritaires de ce projet concernent :

- les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie,
- le dossier patient informatisé et interopérable,
- la prescription électronique alimentant le plan de soin,
- la programmation des ressources et l'agenda du patient,
- le pilotage médico-économique.

Le calendrier de ce projet court de juin 2013 à décembre 2017 et les deux régions ont bénéficié à ce titre d'un **financement de 18M€**.

Bilan

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de dossiers instruits dans le cadre du programme Hôpital numérique	30	20

Sur les deux régions, on constate que 1,762 M€ de crédits n'ont pas été consommés, dont 1,308 M€ de crédits d'amorçage et 454 000 de crédits d'usage (et ne seront pas consommés avant la fin du programme).

Ce programme doit faire l'objet d'une évaluation nationale.

Télémédecine

Un des objectifs attendus du développement des usages de la télémédecine était d'améliorer l'efficacité du système de soins. Les deux régions ont produit un programme régional de télémédecine, partie intégrante du PRS.

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre de projets de télémédecine fin 2011	15 projets dont : - 9 en conception - 6 opérationnels	9 projets dont : - 4 en conception - 3 en expérimentation - 2 opérationnels

Bilan

L'état des lieux en avril 2016 montre les résultats suivants (en dehors des objectifs relatifs au maillage territorial (TLM2) qui sont évoqués dans la porte 1).

		Bourgogne	Franche-Comté
Prise en charge des urgences (TLM1)	Télé AVC	21 sites équipés 395 actes en 2015	9 sites 210 actes en 2015
	Télé neurologie, Neuro chirurgie, Neuro radiologie	25 sites Démarrage des usages en avril 2016	9 sites 2200 actes en 2015
	Télé Radiologie	7 Sites	5 sites 600 actes en 2015
	Télé Anatomopathologie		6 sites 50 actes en 2015
Prise en charge des maladies chroniques (TLM3)	Télé néphrologie	3 sites 7 actes en 2015	2 sites
	Dépistage rétinopathie diabétique	Bus itinérant	Bus itinérant
	Télé psychiatrie et PEP	15 sites	2 sites + 5 sites
	Télé SSR Neuro	10 sites	
	Télé Papillons blancs	7 sites	
	Télédiabétologie		5 sites
	RCP (consultations pluridisciplinaires cancérologie)		9 sites
	Médico-social		Projet TELMED

En noir : projets opérationnels, en violet : projets en cours de déploiement ou d'initialisation

Précisions concernant la Franche Comté

La Franche-Comté a été retenue comme région pilote en télémédecine pour la neurologie. Le nombre de téléconsultations cumulées est passé de 95 en 2010 à 893 en 2013. La barre des 20 000 demandes d'avis neurologique par télémédecine est atteinte. Le versant « urgences » du dossier électronique régional de neurologie est opérationnel depuis septembre 2013. Le versant « suivi du dossier électronique régional de neurologie est utilisé en routine depuis juin 2013. Le taux de transfert des patients a été diminué de moitié.

Les retours d'expérience des premiers déploiements en Bourgogne évoquent :

- Des déploiements trop longs entre le démarrage du groupe métier et le premier acte
- La difficulté de mettre en place des nouvelles organisations
- Un besoin d'être accompagné au-delà des installations
- Des visions parfois trop universitaires
- La nécessité de renforcer la stabilisation du système Télé AVC

Perspectives

Les perspectives concernant la télémédecine figurent dans le projet prioritaire sur l'e-santé

- Consolidation des projets existants
- Travail d'unification des plateformes de télémédecine avec une vision grande région (il y a actuellement une plateforme dans chaque région)
- Travail sur l'interconnexion entre les plateformes et les SIH.

Ces éléments sont repris dans le chapitre 2.8 consacré à la e-santé.

• **OBJECTIF 3 : AMELIORER L'INTERFACE ET LA COMPLEMENTARITE ENTRE LES DIFFERENTS NIVEAUX DE RECOURS AUX SOINS**

Les leviers d'action envisagés dans les 2 PRS sont :

3.1 Mettre en place des actions et des dispositifs pour articuler la médecine de ville et l'hôpital

3.2 Développer les systèmes d'information au service de la complémentarité ville-hôpital

L'amélioration de la qualité de l'articulation entre les professionnels ambulatoires et les professionnels hospitaliers est une des constantes des deux PRS. Elle s'inscrit pleinement dans l'évolution actuelle de l'approche de la santé, illustrée par la notion de parcours.

En Bourgogne, l'approche parcours structure en partie le PRS. Un des objectifs du SROS est de « *prendre en compte les parcours de soins des patients, notamment à travers trois activités caractéristiques que sont la cardiologie, la neurologie et la cancérologie, mais aussi pour les autres activités* ».

En Franche-Comté, l'articulation entre les différents niveaux de recours aux soins est inscrite dans l'objectif 3.2 du Plan stratégique : « *Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social)* ».

Dans les deux SROS la majorité des filières de soins comporte un chapitre relatif aux modalités de coordination ville-hôpital, souvent succinct d'ailleurs.

Les **réseaux de santé** sont l'outil privilégié de coordination entre les différents acteurs de la ville et de l'hôpital, notamment dans les domaines de la périnatalité, des addictions, de la neurologie, des soins palliatifs, de la gériatrie.

La restructuration de ces réseaux a été un des enjeux des deux PRS. Elle se poursuit dans le cadre de la création des plateformes territoriales d'appui issues de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Au-delà de l'activité des réseaux de santé, des actions ont été entreprises dans les deux PRS pour améliorer l'articulation entre la ville et l'hôpital.

Elles ne peuvent être appréhendées qu'à travers l'examen des objectifs et des actions mises en œuvre dans chaque filière (ou parcours) de soins. Le chapitre qui suit évoque de manière non exhaustive un certain nombre de filières ou la problématique de l'articulation ville-hôpital a été investie (à l'exclusion de la gériatrie, traitée dans la « porte » 4 et la psychiatrie, traitée dans la « porte » 7), ainsi qu'une expérimentation spécifique en Franche-Comté destinée à améliorer les relations entre les médecins ambulatoires et hospitaliers.

Levier d'action 3.1 : Mettre en place des actions et des dispositifs pour articuler la médecine de ville et l'hôpital (hors gériatrie et psychiatrie)

Cancérologie

En cancérologie, la médecine de 1er recours peut intervenir à chaque moment clé de la prise en charge du patient : en amont de la phase aiguë du traitement, en aval, mais également pendant la phase aiguë. Dès le Plan cancer 2, renforcer le rôle du médecin traitant est un des trois thèmes qui irrigue la stratégie du plan. Le Plan cancer 3 poursuit cette logique de nécessaire coordination entre les acteurs du 1er recours et les acteurs du secteur hospitalier dans un contexte où les prises en charge se font de plus en plus à domicile et en ambulatoire.

En Bourgogne

En Bourgogne, les professionnels de santé du secteur ambulatoire (médecins généralistes, infirmiers libéraux...) peuvent s'appuyer notamment sur les pôles ou réseaux de santé, qui assurent une coordination territoriale d'appui dans la prise en charge des situations complexes à domicile, tels que les réseaux de soins palliatifs (Réseau Emeraude dans la Nièvre, Opale dans l'Yonne, Pléiade en Saône et Loire, et le Groupement de Professionnels de Santé du Pays Beaunois) ainsi que les réseaux gériatriques.

Dans le cadre du Parcours Cancer plusieurs actions visant à articuler la médecine de ville et l'hôpital ont été déclinées :

Mise en place de recommandations à destination des professionnels du 1er recours

- Le réseau OncoBourgogne a diffusé les recommandations de **bonnes pratiques** de l'INCa par courrier aux professionnels de santé, par courriel à chaque conseil départemental de l'ordre des médecins et par la mise en ligne de ces recommandations sur son site internet.

- Une **réflexion** a été engagée avec la FEMAGISB (fédération des maisons et des groupements interprofessionnels de santé bourguignons) sur les attentes des médecins généralistes quant à ces référentiels, dans un premier temps sur le cancer du sein, pour une meilleure plus-value. Une collaboration avec l'URPS médecins a été engagée.

Appui auprès des médecins généralistes sur la thématique des dépistages organisés des cancers

- Afin d'accroître l'efficacité des dépistages organisés des cancers, et de favoriser la participation du public, **les coordinatrices des maisons de santé ont été sollicitées** pour cibler les populations concernées et les accompagner vers le dépistage organisé.

- Un **groupe de travail** a été mis en place sur ce sujet, notamment pour faire le lien avec le règlement arbitral.

Infirmiers de coordination en cancérologie

- Afin d'améliorer la coordination des prises en charge en soins post-aigus, et de permettre aux patients de bénéficier d'un suivi dans le cadre d'un PPAC (Programme personnalisé après cancer), **des infirmières de coordination en cancérologie ont été mises en place au sein du 3C de Nevers** (mixte public privé, qui réunit le CH, la clinique et le centre de radiothérapie). Ces infirmières de coordination en cancérologie doivent s'assurer, dans un premier temps, de la bonne remise d'un PPS (programme personnalisé de soins) à chaque patient. Ensuite, elles sont garantes de la remise du PPAC (programme personnalisé de l'après cancer) à chaque patient en fin de traitement, sous traitement per os ou sous hormonothérapie, ainsi que les patients sous surveillances post-chirurgicales sans traitement complémentaire. Ce qui implique, en amont, un travail de préparation, d'organisation et de connaissance du patient et de son parcours de soins en collaboration avec les médecins référents, le 3C et les infirmières d'annonce. Les infirmières de coordination constituent le lien entre la structure de soins et le suivi extérieur (médecins traitants ambulatoires, infirmières, partenaires sociaux...). Elles doivent savoir diriger le patient vers les structures adaptées à ses besoins et réévaluer ses besoins au fil du temps sur les cinq années, selon le calendrier pré établi, par un suivi téléphonique ou lors de consultations de suivi médicales.

- Un **financement de 147 000 €** a été accordé au 3C pour le financement de deux ETP d'IDE, et de 0.5 ETP d'assistante sociale. L'inclusion des patients a démarré en fin d'année 2014 / début 2015, et les premiers éléments de bilan font état de 130 patients inclus en trois mois.
- En parallèle, la DGOS a lancé un **appel à candidature** en juillet 2014 pour une expérimentation de mise en place d'infirmiers de coordination en cancérologie au sein du 1er recours, et recentrés sur les cas complexes (médicaux et/ou sociaux). **Un cabinet de pneumologues de Dijon a été retenu**. Il bénéficie d'un financement par le FIR (crédits nationaux fléchés) pendant trois ans et l'évaluation sera faite directement par le niveau national.

En Franche Comté

Améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels est un des trois axes du SROS cancérologie.

Les actions réalisées à ce titre sont les suivantes :

- Constitution d'un **groupe de travail** comprenant 1 médecin généraliste (URPS et représentant l'association des médecins généralistes de Franche-Comté), 1 IDE libérale, 1 pharmacien libéral, 1 oncologue et 1 pharmacienne CHRU pour l'écriture de fiches "gestion des effets indésirables et gestions de toxicités" informatisées et accessibles sur le site de l'IRFC : accès par mot clé, par type de traitement, par tumeurs.
- Participation à un **travail avec l'INCA, la DGOS et l'ACORESCA** sur une démarche d'outils similaires au niveau national avec une appropriation régionale.
- Des **formations spécifiques** pour les professionnels du domicile ont été mises en place, la première en octobre 2014 sur la gestion de la douleur à domicile en collaboration avec le service des soins palliatifs du CHRU, le service de la douleur du CHBM et les experts des autres établissements. D'autres formations par territoire ont été réalisées pour présenter les documents de gestion des effets secondaires.
- Le **DU de Cancérologie** est en place depuis Novembre 2010. Des sessions se sont déroulées à Besançon puis Montbéliard, Lons-le saunier, Vesoul, Dole. Le DU a intégré l'hématologie et la dermatologie. L'évaluation par e-learning s'est mise en place dès la rentrée 2014. A ce jour 100 médecins généralistes ont été formés (chiffre à actualiser).

- Un **travail avec l'ARESPA sur le lien ville-hôpital** a fait l'objet d'une convention : l'ARESPA est positionnée comme coordination d'appui ville-hôpital dans la prise en charge du cancer.
- L'IRFC et le réseau ONCOLIE développent dans toutes les filières des soins de support, un **axe ville pour inclure les experts libéraux** de la spécialité : onco-psycho, onco-sociale, onco-nutrition dont la finalité est la mise en place d'un maillage régional.
- **L'outil "BPC Officine"** (Bonnes pratiques en chimiothérapie) est en place depuis 2013 (dans 48% des pharmacies en 2014), il y a une relance des formations par territoires avec appui de pharmacies adhérentes afin de partager leur expérience. Les pharmaciens sont des acteurs ressources dans le lien ville-hôpital avec un rôle bien particulier dans l'observance des traitements et la démarche éducative.
- La mise en place d'une **IDE « postcare »** en octobre 2012 pour le suivi personnalisé des malades après chimiothérapie initiale (rappel téléphonique du patient par l'IDE sur prescription de médecin oncologue).
- La mise en place d'une **plateforme régionale d'appel (Oncotel)** en mai 2013 afin d'optimiser l'accès à l'information au bon interlocuteur pour le malade et son entourage, le médecin généraliste et les autres professionnels de santé, quel que soit le lieu de la prise en charge.

Parcours maternité périnatalité

Le rapport de la cour des comptes sur les maternités de décembre 2014 fait état de la nécessité de « renforcer le suivi des femmes enceintes, tout particulièrement en situation de précarité, par une meilleure articulation des acteurs de médecine de ville et hospitalière ... ».

En Bourgogne

Le précédent SROS avait permis de structurer la coordination autour de 6 réseaux de proximité territorialisés et un réseau régional « ressources », chargé d'accompagner les réseaux de proximité dans leur autoévaluation et l'harmonisation des pratiques (formation, information, protocoles, évaluation).

Un dossier commun porté par le Réseau Régional de Périnatalité a été mis en place. Un des indicateurs du SROS 2012-2016 était le % de structures et services (CPP/réseaux de proximité/maternités...) utilisant ce dossier commun. Cet indicateur ne semble pas avoir été suivi.

En Franche-Comté

La coordination repose sur un réseau régional (RPFC, réseau de périnatalité de Franche-Comté). Bien structuré, fruit d'un partenariat effectif entre les praticiens libéraux gynécologues-obstétriciens et pédiatres et les établissements de santé, il est jugé comme assurant parfaitement son rôle de coordination de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés en conformité avec les directives nationales. Le seul objectif du SROS en la matière était d'assurer sa pérennité, ce qui a été fait.

Parcours Neurologie-AVC

Le plan national AVC 2010-2014 a placé l'AVC comme une priorité de santé publique. Il reste la première cause de handicap acquis de l'adulte bien qu'il soit accessible à la prévention. Il nécessite une prise en charge urgente et coordonnée dans une filière bien identifiée, allant de la phase pré-hospitalière à l'hospitalisation au sein de structures adaptées, la rééducation puis le retour à domicile avec une réadaptation et une surveillance adaptée.

Les objectifs stratégiques figurent dans le rapport annexé à la Loi de santé publique (objectif 72). Trois d'entre eux concernent l'articulation entre la ville et l'hôpital :

- Poursuivre la structuration de l'offre de prise en charge neurologique, y compris la filière d'aval.
- Prévenir les récurrences en développant le suivi des patients après la phase aiguë.
- Affirmer la place de la télémédecine.

En Bourgogne

Le PRS aborde la neurologie – l'AVC, la sclérose en plaques (SEP) et les traumatismes crâniens et médullaires - à travers une approche transversale de parcours de santé

En complément du parcours, le PRS comporte également un objectif d'amélioration de la prise en charge décliné en trois objectifs généraux pour la période 2012-2016 :

- Améliorer la situation de la démographie médicale.

- Structurer une filière neurologique identifiée par territoire de santé.
- Améliorer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social.

En Franche-Comté

Le PRS comporte un volet SROS consacré à la prise en charge des patients cérébro-lésés, dont l'objectif général reprend l'objectif annexé à la loi de santé publique d'août 2004, qui vise à réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC.

Sept animateurs-trices de filière ont été recrutées, afin notamment d'assurer la structuration de l'offre d'aval et le suivi des patients en post-AVC. Ils ont organisé des réunions d'échanges entre la filière régionale, les filières locales et les différents partenaires pour améliorer la prise en charge de patients AVC et la structuration de l'offre avec l'aval. Le taux de patients suivis est passé de 77% en 2010 à 90% en 2013.

Les missions du Réseau des Urgences Neurologiques (RUN), coordonné par un médecin, ont été redéfinies.

Les établissements de santé de la région prenant en charge des patients neurologiques se sont regroupés au sein d'une fédération médicale inter hospitalière de neurologie, afin d'améliorer la coordination du dispositif et la qualité de la prise en charge neurologique (2013).

Des outils de télémédecine ont été développés. La Franche-Comté a été retenue comme région pilote. Le nombre de téléconsultations cumulées est passé de 95 en 2010 à 893 en 2013. La barre des 20 000 demandes d'avis neurologique par télémédecine a été atteinte. Le versant « urgences » du dossier électronique régional de neurologie est opérationnel depuis septembre 2013. Le versant « suivi » du dossier électronique régional de neurologie est utilisé en routine depuis juin 2013. Le taux de transfert des patients a été diminué de moitié.

Des formations à la prise en charge des AVC destinées aux professionnels de santé ont été mises en place (urgentistes, infirmiers, ambulanciers). Un Diplôme Universitaire neurologie et d'urgence et télé neurologie-téléAVC a été créé. Environ 500 professionnels de santé ont été formés en 2013.

Une campagne de communication grand public a été menée (2013).

Parmi les chantiers prioritaires figurent :

- la poursuite de la mise en place du suivi des patients et développement de la filière d'aval,
- le développement des outils : dossier neurologique régional et lien avec le DMP.

Troubles nutritionnels

Un des objectifs de ce parcours est d'améliorer la coordination et fluidifier la prise en charge en aval de l'hospitalisation initiale, en particulier lors du retour au domicile, en lien avec les intervenants des secteurs sanitaire et médico-social.

En Bourgogne

Un CSO (Centre spécialisé Obésité) a été positionné au CHU de Dijon avec une certaine difficulté, car il existe une activité importante de chirurgie de l'obésité dans plusieurs établissements de santé privés de la région, dont deux à Dijon. L'ARS de Bourgogne a poursuivi le financement initialement accordé par le ministère (70 000 sur trois ans) sur fonds propres (FIR).

Des réseaux « diabète » sont actifs dans le champ de l'obésité de l'enfant : Résédia en 58, Prérédiab en 71 notamment. Mais il n'y a pas de réseau régional « ressource ». Une demande de création d'un réseau type RePPOP (cf. Franche-Comté) a été exprimée par un médecin de la Nièvre en 2014, non retenue en raison du projet de collaboration avec la Franche-Comté : une rencontre Bourgogne et Franche-Comté, fin 2014, n'a cependant pas permis de faire évoluer le projet.

En Franche-Comté

Un CSO (Centre spécialisé Obésité) au CHU de Besançon a également bénéficié d'un financement FIR en relais des financements ministériels.

Un réseau régional RéPPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique), constitué d'une dizaine de professionnels, est actif. Il développe des actions de formation des professionnels de santé, de coordination des PH pédiatres de la région, de développement d'ateliers

"passeports forme" dans les villes labellisées PNNS³¹, de journées d'accueils des enfants et de leurs familles pour de l'éducation thérapeutique (« JAC »)...

Ce réseau a un rôle de second, voire troisième recours pour les cas complexes.

Maladies cardio-vasculaires

En Bourgogne

Parmi les points de rupture identifiés dans ce parcours, 3 sur 4 concernent l'articulation ville-hôpital :

- Le manque de coordination des acteurs de la santé (un point de rupture commun à plusieurs étapes du parcours de santé d'un patient).
- L'accès parfois difficile à l'offre ambulatoire et/ou aux structures de soins.
- La sortie insuffisamment anticipée des services de court séjour.

Une étude approfondie a permis de cibler 2 MSP en septembre 2013 : la MSP de Luzy (Pays Nivernais Morvan) et la MSP de Montret (Pays Bresse Bourguignonne).

Sur ces deux sites une expérimentation a été lancée, visant à optimiser le suivi ambulatoire pour réduire le risque de décompensation et permettre au patient, dont la vie va être impactée durant des années par cette pathologie chronique, de devenir un partenaire actif de sa prise en charge.

Maladies chroniques

En Bourgogne

Les maladies chroniques sont abordées notamment à travers les objectifs généraux du parcours diabète s'inscrivent dans la coordination et la relation ville-hôpital :

³¹ Programme national nutrition santé

- Optimiser les actions de repérage afin de dégager une véritable cohérence d'ensemble entre les différents acteurs : réseaux, associations, médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, laboratoires...
- Assurer le chaînage entre le dépistage positif et la prise en charge pluri professionnelle du patient sur le long terme : protocole de coopération et délégation de compétences (ASALEE), actualisation des recommandations de dépistage, coordination entre professionnels de santé et structures de santé (lien ville-hôpital), éducation thérapeutique du patient...
- Améliorer le partage d'informations entre les différents acteurs de soins et d'aide à la prise en charge de patients complexes auprès des soins de 1er recours.
- S'inscrire dans les dispositifs innovants : télémédecine, Territoires Soins Numériques (projet ETICSS), Dossier Médical Partagé, messagerie sécurisée...

Franche-Comté

Le SROS Médecine se donne pour objectifs dans ce domaine de privilégier l'organisation du parcours de soins par le médecin traitant ou le médecin spécialiste libéral :

- en favorisant le contact direct médecin traitant ou le médecin spécialiste libéral/médecin hospitalier de spécialité (un référent par service) pour un avis ou une prise en charge (consultation ou hospitalisation),
- en renforçant la coopération médecins hospitaliers/médecins libéraux pour la prise en charge de malades chroniques par l'établissement de protocoles et par l'utilisation d'outils (annuaire, dossier médical personnel, télémédecine).

Des actions spécifiques de coordination ville-hôpital étaient prévues. Les résultats ne sont pas connus.

Chirurgie ambulatoire

En matière de chirurgie ambulatoire, la préoccupation de la coordination ville-hôpital est assez récente, mais elle connaît un fort développement depuis deux ans, dans le cadre de la promotion de cette modalité de soin.

En effet la séquence chirurgicale même ambulatoire, ne doit pas être un moment de rupture dans le parcours de soins du patient, en particulier pour des actes ou des situations complexes. La qualité de la coordination ville-hôpital peut contribuer au développement de la chirurgie ambulatoire auprès des acteurs de la médecine de ville. Les actions recensées dans ce domaine :

- campagne de promotion des délégués de l'assurance maladie fin 2015,
- échanges confraternels autour de la promotion de la chirurgie ambulatoire sur certains gestes lors de l'accompagnement sur le programme de pertinence (cholécystectomie) en 2015,
- mise en place d'un groupe de travail pour identifier les besoins de coordination, déterminer les bonnes pratiques à promouvoir, les outils à développer et les canaux de communication et promotion à privilégier (chirurgien, cadre UACA, direction ES, MG, IDE, Kiné, pharmacien, psychologue) : la première réunion s'est tenue le 18 mai 2016,
- information des professionnels de santé médicaux à l'occasion des réunions de coordination de secteurs de garde et des réunions des associations locales de FMC.

Depuis 2016 des « rencontres autour de la chirurgie ambulatoire » sont organisées entre des professionnels de santé libéraux et de centres de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et psychologues) et des professionnels d'établissements de santé (chirurgiens, cadres d'unité de chirurgie ambulatoire et direction) en partenariat avec la Fédération des maisons de santé comtoises (FEMASAC). Ces rencontres permettent une meilleure compréhension des rôles de chacun et la définition des besoins de coordination entre ces professionnels, en particulier pour des gestes innovants.

Le développement de la messagerie sécurisée de santé sera un vecteur privilégié pour la transmission des éléments indispensables à la sécurité des patients en amont et en aval de la séquence opératoire.

Expérimentation franc-comtoise sur les relations entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers

Une démarche originale a été lancée dans le cadre du SROS ambulatoire de Franche-Comté suite au constat des difficultés des relations entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers.

Il a été décidé **d'expérimenter avec 4 établissements**, un accompagnement particulier dont l'objectif est de travailler sur **4 processus** à l'interface de la médecine de ville et de l'hospitalisation :

- la connaissance de l'offre hospitalière par les médecins libéraux,
- les contacts médecin/hôpital préalables à l'hospitalisation,
- l'information du médecin traitant sur l'orientation de sortie et le déroulement du séjour d'un patient,
- les prescriptions de sorties.

Pour ces 4 processus organisationnels, des objectifs précis d'amélioration ont été prévus :

- augmenter l'amplitude horaire d'ouverture des secrétariats médicaux,
- diminuer le délai d'envoi des lettres de sorties et en améliorer le contenu,
- améliorer la connaissance de la structure hospitalière par les médecins de ville,
- favoriser les liens directs entre médecins traitants et praticiens hospitaliers.

Cet accompagnement devait faire l'objet d'une évaluation intermédiaire à l'horizon 2013 et d'une évaluation finale début 2016. Aucun élément de bilan n'a pu être recueilli sur cette expérimentation (cette action ne figure pas dans le bilan intermédiaire 2014 du PRS Franche-Comté).

Levier d'action 3.2 : Développer les systèmes d'information au service de la complémentarité ville-hôpital

Le DMP (dossier médical personnel, puis dossier médical partagé)

La région Franche-Comté s'est particulièrement investie dans le déploiement de cet outil qu'elle considère comme stratégique pour le partage de l'information du patient et la coordination des soins.

En février 2016³², en Franche Comté 64 846 DMP avaient été créés ce qui place cette région au 3e rang national, ce qui est remarquable compte tenu

de la taille de cette région. La Franche-Comté compte également 3 établissements dans le TOP 25 des établissements « producteurs » de DMP. 649 acteurs libéraux et 32 établissements sont concernés par le DMP.

En Bourgogne à la même date 18 543 DMP avaient été créés (10e rang national), 1 établissement figurait dans le TOP 25 et 118 acteurs libéraux et 7 établissements étaient concernés.

Dans une note de cadrage DMP d'aout 2014, sont évoqués les principaux freins au déploiement du DMP : le principal frein réside dans un déficit de création. Cette étape s'avère contraignante car elle nécessite l'information et le recueil du consentement du patient, la connexion au site prévu à cet effet et la saisie informatique des données requises.

Toutes les actions entreprises pour promouvoir cette saisie aux services des admissions hospitalières ou par les professionnels libéraux se soldent régulièrement par un épuisement des personnes engagées dans la démarche, lié au temps nécessaire pour effectuer cette opération.

Le DCC (dossier communicant en cancérologie)

Le Plan Cancer 3 a réaffirmé l'importance de la « généralisation du DCC et la mobilisation des outils de communication numérique au service de la coordination ville - hôpital ». L'INCa et l'ASIP Santé ont élaboré, en coopération avec 7 régions pilotes, le « Cadre national DCC et DMP ».

De nombreux documents peuvent désormais intégrer le DMP de manière structurée et notamment :

- les comptes rendus d'anatomo-cytopathologie (CR-ACP), opératoire (CRO), d'imagerie, de biologie...
- la proposition thérapeutique établie lors de la RCP sur la base des éléments de diagnostic de la fiche RCP,
- le programme de prise en charge personnalisé remis au patient, en lien avec la décision thérapeutique proposée (programme personnalisé de soins),
- le programme d'accompagnement de l'après-traitement, en lien avec les besoins de surveillance médicale et de suivi, à la sortie de la phase aiguë du traitement (programme personnalisé de l'après-traitement).

³² Sources ASIP

- Le GCS EMOSIST³³ de Franche-Comté travaille actuellement en collaboration l'IRFC/ONCOLIE pour mettre en œuvre ces volets dans le DCC et/ou le DMP.

En Bourgogne : le Programme Territoire santé numérique et le projet e-Ticcs

Ce projet bourguignon s'inscrit dans le cadre du programme national Territoire de Soins Numérique (TSN). Il est piloté au niveau national par la DGOS, accompagné méthodologiquement par l'ANAP et évalué par le consortium EvaTSN.

Le projet, intitulé E-TICSS - pour Territoire Innovant Coordonné Santé Social -, destiné à améliorer les parcours de santé grâce aux services numériques, a été retenu au niveau national et bénéficie d'un financement à hauteur de 12,5 millions d'euros.

Il concerne le territoire du nord de la Saône et Loire, soit une population de plus de 350 000 habitants sur 4 bassins : Autunois-Morvan, Creusot-Montceau, Chalonnais, Bresse bourguignonne. Cette zone se caractérise par des soins de premiers recours où l'exercice coordonné des professionnels de santé est particulièrement dynamique. On y compte 10 maisons de santé pluri-professionnelles et 4 centres de santé. Par ailleurs, la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Saône-et-Loire Nord Morvan, officialisée en février 2015, y était opérationnelle. Elle regroupe les centres hospitaliers d'Autun, Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, ainsi que l'EHPAD d'Epinaç.

Le projet e-TICSS s'inscrit dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé et notamment pour une meilleure coordination des acteurs santé-social grâce à la mise en œuvre des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). Le GCS e-santé Bourgogne assure la maîtrise d'œuvre du projet.

Déployé à titre expérimental, ce projet sera évalué en 2017 puis devrait être généralisé à l'ensemble de la nouvelle région tout en intégrant de nouveaux usages.

³³ Ensemble pour la MOdernisation des Systèmes d'Information de Santé et le développement de la TéléMédecine. Opérateur de la e-santé en Franche-Comté

Ce projet s'appliquera par palier à six parcours de santé (personnes âgées, cancer, santé mentale, diabète, maladies cardio-vasculaires et neurologie) pour une meilleure coordination des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social et une fluidification de ces parcours, selon 4 axes :

- l'amélioration de la relation ville/hôpital
- la meilleure coordination des parcours en s'appuyant sur une plateforme territoriale d'appui
- l'amélioration de l'usage du médicament
- la favorisation du maintien à domicile

La Plateforme Territoriale d'Appui » est accessible par un portail web ou un numéro unique. Elle permet d'organiser un retour à domicile après une hospitalisation, d'évaluer et d'identifier des actions à engager pour faciliter le maintien à domicile de patients en situation de complexité médicale et psycho-sociale.

Ces dispositifs sont repris dans le chapitre 2.8 consacré à l'e-santé.

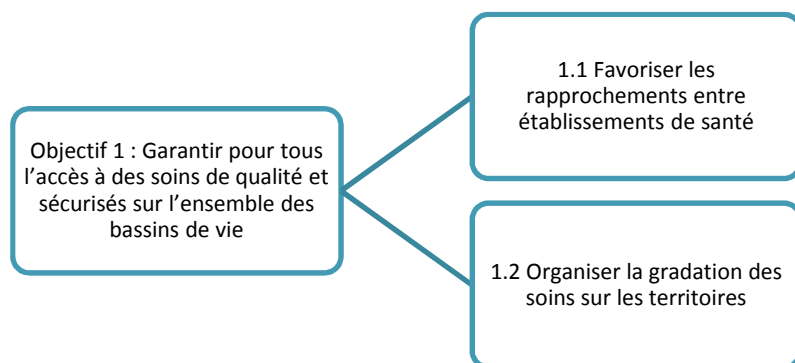
En Franche-Comté : la Carte de coordination des soins

Non informatisé, cet outil a été mise en place et diffusée en Franche-Comté en septembre 2015, en collaboration avec 9 URPS³⁴ (médecins, pharmaciens, kinés, sages-femmes, infirmiers, orthophonistes, biologistes, chirurgiens-dentistes, podologues) pour les maladies chroniques. Cette carte a pour objet de faciliter le contact entre les soignants libéraux et les établissements de santé pour des patients sujets à des hospitalisations itératives. Sa diffusion est trop récente pour en évaluer le succès.

³⁴ Unions régionales de professionnels de santé

- **BILAN DE LA CONTRIBUTION DES PRS AUX DIFFERENTS OBJECTIFS SUR CETTE PORTE D'ENTREE**

Garantir pour tous l'accès à des soins de qualité et sécurisés sur l'ensemble des bassins de vie



Avancées et limites rencontrées

En matière de coopération hospitalière, les résultats ont été tangibles dans les deux régions, en fonction leur approche de départ : organisation territorialisée pour la Bourgogne, organisation régionalisée en Franche Comté. Ainsi tout le territoire bourguignon a été couvert par des CHT préfigurant les Groupement hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la nouvelle loi santé. En Franche-Comté, la plupart des filières de soins ont été structurées à partir du CHU dans le cadre de fédérations médicales inter-hospitalières.

La gradation des soins a été un principe commun aux deux PRS. Elle s'est concrétisée dans la délivrance aux établissements des autorisations en adéquation avec les objectifs affichés.

En ce qui concerne **la cancérologie**, comme dans la plupart des activités de soins, l'organisation des soins résulte de deux options très différentes : une organisation territorialisée en Bourgogne avec un nombre important d'établissements autorisés, et une organisation régionalisée en Franche Comté structurée autour du CHU avec un nombre d'établissements limité.

L'organisation intégrée de la Franche Comté, pilotée au niveau de la DG de l'ARS a permis d'assurer une plus grande cohérence et a produit les réalisations les plus significatives.

Perspectives

Les perspectives s'inscrivent dans le cadre de la nouvelle Loi Santé qui rend obligatoire pour tous les établissements l'adhésion à un Groupement hospitalier de territoire (GHT) au 1er juillet 2016. Le directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté a d'ores et déjà arrêté le périmètre des 11 GHT pour la nouvelle région Bourgogne-Franche-Comté, dont 1 GHT psychiatrique. Le GHT repose sur un **projet médical partagé** qui sera élaboré progressivement jusqu'au 1er juillet 2017, avec une première étape en janvier 2017 sur l'organisation par filière au sein du GHT.

La différence d'approche des recompositions hospitalières constitue un défi pour la nouvelle ARS BFC. Il s'agit en effet de concilier l'approche « territorialisée », qui est finalement celle qui est retenue au niveau national par la nouvelle loi santé, dont le fondement est le GHT, et l'approche « intégrative » régionale qui a prévalu en Franche-Comté, qui a produit des collaborations médicales efficaces. L'enjeu est de parvenir à croiser les avantages d'une dynamique régionale et d'une organisation territoriale.

Le projet prioritaire GHT, tel qu'il est conçu, laisse une large place à la concertation entre les acteurs, l'ARS intervenant dans le cadrage et dans l'appui. Dans tous les cas, les GHT devront signer une convention avec le CHU, qui peut être l'outil permettant à l'ARS de réguler l'organisation des soins au niveau régional.

Le Plan cancer 3, lancé le 4 février 2014 est venu compléter les orientations nationales et régionales prises en compte pour l'élaboration des PRS des deux régions. L'INCa a demandé à chaque ARS d'établir une **feuille de route** de déclinaison régionale de ce plan. Les deux régions ont ainsi élaboré leur feuille de route en articulation avec les démarches déjà engagées et en cohérence avec les actions du Plan cancer identifiées comme étant à vocation régionale ou en co-construction avec le niveau national.

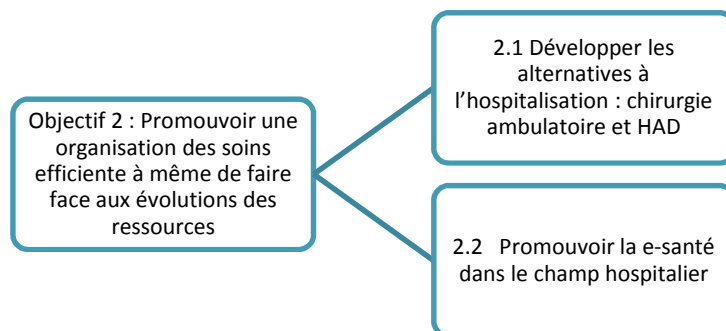
Une **gouvernance** régionale Bourgogne-Franche-Comté a été mise en place dans le cadre du Parcours cancer avec un comité stratégique co-présidé par deux personnalités externes, le Pr Fumoleau (Directeur Général CLCC CGFL de Dijon), et le Pr Pivot (CHRU BESANCON et directeur médical de l'IRFC), et une équipe projet ARS pilotée par la Direction de l'offre de soins.

Pistes de travail / points de vigilance

Favoriser la mise en place de directions communes d'établissements de santé, qui constituent un « tremplin » particulièrement efficace pour la réalisation de fusions ou de mutualisations.

En matière d'organisation des soins, **capitaliser sur ce qui a fonctionné dans les 2 organisations territoriales pour construire les futurs projets médicaux de territoire.**

Promouvoir une organisation des soins efficiente à même de faire face aux évolutions des ressources



Avancées et limites rencontrées

Dans les deux régions, les opérations de restructurations conduites au cours des 5 dernières années ont été marquées par des évolutions d'organisation interne à chaque structure hospitalière, notamment à travers le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète et au développement des outils numériques.

Concernant la chirurgie ambulatoire, la grande majorité des plans d'action des chantiers prioritaires ont été réalisés (chirurgie ophtalmologique, chirurgie ORL, chirurgie vasculaire, chirurgie hépatobiliaire, performance des blocs).

Les taux de chirurgie ambulatoire par spécialité pour les 55 gestes marqueurs (GM) en 2015 dans la nouvelle région sont les suivants :

Spécialité	Taux BFC	Taux national
Ophtalmologie	91,44	89,19
ORL	66,29	73,09
Cholécystectomie	29,31	34,28

Concernant l'HAD, les résultats sont encore loin de la valeur cible :

- en nombre moyen de patients pris en charge/jour/100 000 habitants : respectivement 13,4 et 13,9 pour une valeur cible de 30 ;
- en taux de journées HAD/1000 hospitalisations : 25 et 30,6 pour une valeur cible de 74.

Les premières remontées des données PMSI 2015 (données non consolidées à ce jour) semblent indiquer une légère augmentation de cette activité avec un nombre de patient par jour pour 100 000 habitants atteignant 15,1 en 2015 pour les deux ex-régions.

L'ex-région Bourgogne a néanmoins entamé des démarches visant à regrouper certaines structures d'HAD, les autorisations actuelles étant trop éparées et ne permettant pas aux HAD d'être viables. Le SROS HAD a ainsi été révisé en totalité en 2015, ce qui permet d'envisager un véritable démarrage de l'activité HAD dans les mois à venir. Des actions de sensibilisations à l'attention des prescripteurs ont été engagées en 2016.

L'ex-région Franche-Comté a pu accompagner en 2015 deux HAD. Un appel à projet visant au développement de l'HAD en ESMS a également débuté en 2015 mais n'est pas abouti à ce jour. Compte tenu des résultats constatés, une réorganisation de cette activité est également envisagée.

La e-santé a été mise en œuvre essentiellement à travers deux dispositifs :

- le programme hôpital numérique, spécifiquement hospitalier, qui a pour objet de développer le partage d'information en interne. Ce programme est encore en cours de déploiement jusqu'en 2017. On peut relever qu'une partie des crédits qui lui sont consacrés (à hauteur de 10% environ) ne seront pas consommés ;

- la télémédecine, qui a fait l'objet d'un programme spécifique dans lequel les deux régions se sont investies de manière différenciée. Les résultats en termes de nombre d'actes est plutôt favorable à l'approche franc-comtoise (ex. neurologie). Néanmoins les dispositifs en place ont encore pour la plupart un caractère expérimental.

Perspectives

La dynamique de promotion de la chirurgie ambulatoire sur la nouvelle région BFC a été ciblée en 2016 vers les acteurs de la médecine de ville et vers le grand public.

Le développement de l'HAD passe par une réorganisation de la filière dans l'ex-région Franche comté, et par la promotion de cette modalité de prise en charge auprès des prescripteurs.

Deux des 4 axes définies dans le projet structurant e-santé de la nouvelle ARS concernent l'hôpital :

- Dynamiser l'informatisation des établissements hospitaliers par le programme Hôpital Numérique.
- Anticiper le smart hôpital communicant évolutif centré sur la phase aigüe et les plateaux techniques fonctionnant de manière fluide et ouverte sur le territoire.

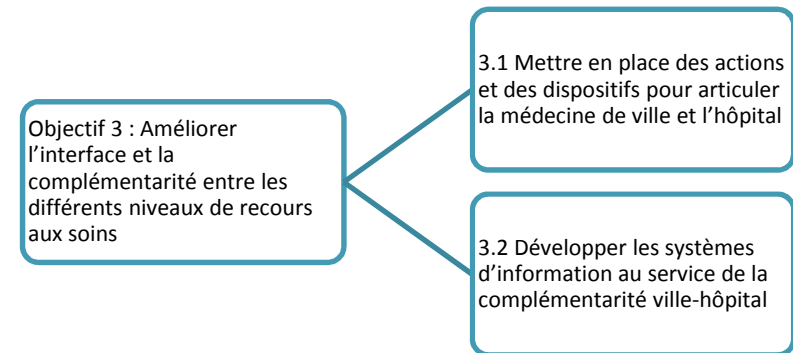
Pistes de travail / points de vigilance

Créer une instance unique de gouvernance en matière de chirurgie ambulatoire pour définir une politique et une stratégie unifiée

Généraliser auprès des établissements concernés de la nouvelle région la **contractualisation d'un objectif personnalisé** ciblé de chirurgie ambulatoire basé sur le case mix.

Initier la concertation des acteurs hospitaliers avec les acteurs de la médecine de ville sur chaque territoire pour identifier les besoins de coordination, déterminer les bonnes pratiques à promouvoir, les outils à développer et les canaux de communication et de promotion à privilégier (chirurgien, cadre UACA, direction des établissements de santé, médecins généralistes, IDE, Kiné, pharmacien, psychologue).

Améliorer l'interface et la complémentarité entre les différents niveaux de recours aux soins



Avancées et limites rencontrées

L'articulation ville-hôpital était une préoccupation des deux PRS à travers :

- En Bourgogne, l'approche parcours affichée pour la mise en œuvre des priorités du PRS. Les 8 parcours par pathologie ou catégorie de public sont les suivants : précaires, adolescents et jeunes adultes, maladie neurologique, maladie cardio-vasculaire, cancer, personnes âgées, personnes en situation de handicap psychique, diabète.
- En Franche-Comté, la priorité stratégique 3.2 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).

Cette thématique, **si elle n'a pas été au cœur de la mise en œuvre du PRS** s'est concrétisée dans la **restructuration des réseaux** et dans la mise en œuvre **d'actions spécifiques** dans certaines activités de soins, notamment en cancérologie (infirmiers de coordination en Bourgogne, DU de cancérologie, coordination d'appui, plateforme téléphonique en Franche Comté), et en neurologie (animateurs de filière en Franche Comté).

Une expérimentation plus globale sur les relations entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers lancée dans le SROS de Franche-Comté, ne semble pas avoir abouti.

La préoccupation de l'articulation ville-hôpital **en matière de chirurgie ambulatoire**, dans le cadre de la dynamisation de cette alternative, est relativement récente.

Les deux régions se sont **bien investies dans les outils de coopération** entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

La Franche-Comté a privilégié le déploiement du **DMP**, dossier médical partagé (ex-personnel) et du **DCC**, dossier communiquant en cancérologie, avec des résultats significatifs. Néanmoins ces dispositifs n'ont pas connu le succès espéré au niveau national.

Une **carte de coordination des soins** matérialisée a été lancée en 2015 en Franche Comté, et reste à évaluer.

En Bourgogne, au-delà de l'expérimentation de la plateforme d'Imphy (voir porte 1), le dispositif phare pour l'articulation ville-hôpital est ETICSS, déployé de manière expérimentale sur le territoire du sud Saône-et-Loire dans le cadre d'un programme national Territoire de santé numérique. Une évaluation de ce projet permettra de définir son degré de « déployabilité » sur l'ensemble du nouveau territoire régional.

Perspectives

La coordination des acteurs de la ville et de l'hôpital est une des orientations stratégiques de l'ARS pour 2016-2017 dans le cadre d'une politique des parcours qui fait elle-même l'objet d'un projet prioritaire.

La mise en place des **plateformes territoriales d'appui** (PTA) consacrera à moyen terme la restructuration des réseaux de santé sur les territoires.

Pour le dossier médical partagé, une phase de relance est en cours. 8 départements ont été sélectionnés, dont le Doubs pour la relance du DMP, pilotée par la CPAM.

Le projet E-TICCS sera évalué en 2017 puis devrait être généralisé à l'ensemble de la nouvelle région tout en intégrant de nouveaux usages.

Pistes de travail / points de vigilance

Evaluer l'expérimentation sur les relations entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers lancée dans le SROS de Franche-Comté, autour de 4 établissements de santé.

Evaluer le dispositif de carte de coordination des soins mis en place en Franche Comté en 2015.

2.4 Porte 3 : Le parcours des personnes en situation de handicap

• PREAMBULE

Périmètre de l'évaluation

Le champ retenu par le comité de pilotage porte sur l'évaluation dans les deux régions des mesures :

- d'accès aux soins
- d'orientations (personnes sans solution)
- de maintien à domicile

L'évaluation devra examiner comment a été traité dans chaque PRS le champ du handicap pour décloisonner l'approche dans une logique de parcours.

Sources des informations

En Bourgogne, le suivi des réalisations s'appuie sur un document bilan de la mise en œuvre du SROMS réalisé à mi-parcours (2012-2014). Le suivi des réalisations en matière de prévention et de promotion de la santé s'appuie sur les documents de bilan des différents modules transmis par la Direction de la Santé Publique. Ces données ont été complétées par des entretiens réalisés avec la Direction de la Santé Publique et la Direction de l'autonomie.

En Franche Comté, le suivi des réalisations s'adosse aux éléments de capitalisation produits autour des différentes priorités stratégiques recoupant cette thématique. Des entretiens réalisés avec des référents Priorités stratégiques et la Direction de l'autonomie ont permis de compléter ces données.

Les entretiens réalisés pour cette porte d'entrée sont listés dans le **chapitre 6. Annexes**.

On notera que la fusion des deux régions au second semestre 2015 a donné lieu à de premières capitalisations conjointes sur les réalisations menées sur chaque territoire. La mise en œuvre du projet « Une réponse

accompagnée pour tous » a notamment donné lieu à une note de cadrage récapitulative. Un document complémentaire présenté dans le cadre de la Commission Spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux du 2 décembre 2015 recense à la fois ce qui a été accompli à destination des personnes handicapées et des personnes âgées (présentation succincte des réalisations sur les 2 territoires par sous thématique).

Synthèse des objectifs initiaux

L'objectif général de cette porte d'entrée, commun aux deux régions, est de soutenir l'autonomie des personnes handicapées dans le respect des choix de vie de chacun. Cet objectif est formulé dans chacun des 2 PSRS.

Les deux régions ont une approche stratégique sur le champ de l'autonomie qui englobe à la fois le parcours de santé des personnes âgées et le parcours de vie des personnes handicapées. Chacun de ces parcours fait toutefois l'objet d'objectifs spécifiques dans les différents schémas du PRS. En matière d'handicap, ces objectifs sont majoritairement formulés dans le SROMS et le SRP.

Nous les avons regroupés en trois grands objectifs de la façon suivante :

OBJECTIFS	Documents sources / objectifs spécifiques	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
1. Organiser le dépistage précoce, la prévention auprès du public handicapé et affiner l'identification des besoins	SRP OG 7.5 SROMS OG 1, 2, 6, 7	SRP PH OG 1, 2 SROMS OG 2.1.1, 2.1.5, 2.6.1, 2.7, 2.8.1 Priorité stratégique 4.5
2. Garantir l'accès aux soins aux personnes handicapées et une prise en charge adaptée pour tous	SROMS OG 3, 4, 6, 14, 15, 16, 17	SROMS OG 2.1.2, 2.1.4, 2.3, 2.7, 2.8 Priorités stratégiques 4.4 / 4.5

OBJECTIFS	Documents sources / objectifs spécifiques	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
3. Privilégier et optimiser le maintien à domicile des PH	SROMS OG 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17	SRP PH OG 1.2.1, 1.2.2, 2.2, 2.7 Priorités stratégiques 4.2, 4.4, 4.5

Pour chacun de ces 3 objectifs, les chapitres suivants examinent les leviers et modalités d'action envisagés dans chacun des PRS et les actions effectivement réalisées sur la période 2012-2016.

Les actions de prévention développées auprès des personnes en situation de handicap sont présentées dans l'objectif 1 - Levier d'action 1.3 « Promouvoir des programmes de prévention et de promotion de la santé auprès du public handicapé (à domicile / au sein des ESMS) ».

• **OBJECTIF 1 : ORGANISER LE DEPISTAGE PRECOCE, LA PREVENTION AUPRES DU PUBLIC HANDICAPE ET AFFINER L'IDENTIFICATION DES BESOINS**

Les actions de dépistage et de prévention constituent une première étape dans le parcours des personnes handicapées (PH). Le repérage des publics et l'analyse de ses besoins s'établit comme un préalable décisif à la mise en œuvre d'une réponse adaptée. Les leviers d'action privilégiés dans les 2 PRS sont les suivants :

1.1 Assurer la précocité du diagnostic

1.2 Affiner l'identification des besoins afin de proposer une prise en charge adaptée au plus tôt dans le parcours

1.3 Promouvoir des programmes de prévention et de promotion de la santé auprès du public handicapé (à domicile / au sein des ESMS)

Pour chaque levier d'action, nous avons repéré les modalités envisagées dans les PRS et mis en regard les réalisations effectives sur la période.

Levier d'action 1.1 : Assurer la précocité du diagnostic

En Bourgogne comme en Franche-Comté, le travail en matière de dépistage s'est essentiellement articulé autour du 3^{ème} plan autisme. Les CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) sont les établissements supports de ces diagnostics. Les deux PRS ont prioritairement orienté leurs actions en matière de dépistage autour de ces structures. Notons que la Franche-Comté aborde la question du dépistage précoce à la fois dans le SRP et le SROMS, la situant à la frontière entre l'offre de prévention et l'offre médicosociale.

En Bourgogne

- L'élaboration d'un plan de formation régional dans le cadre du 3^{ème} plan autisme (en partenariat avec les 3 principaux OPCA) et la mise en place d'actions de formations continues et initiales portées par le CRA (Centre de Ressources Autismes) ont œuvré à la pluridisciplinarité des équipes CAMSP et amélioré la prise en charge spécifique des troubles liés à l'autisme.

- Des équipes de diagnostic de proximité CAMSP et une équipe de pédopsychiatrie ont été constituées ;
- **Des actions formation/sensibilisation des assistants maternels sur le dépistage des troubles du langage ont été déclinées en concertation avec les services de PMI des Conseils départementaux** (entre 2013 et 2014 : 31 formations réalisées dans les 31 regroupements de RAM couvrant tous les territoires de Bourgogne ; 730 assistants maternels formés). Une réflexion quant à une articulation des différents acteurs autour de ce handicap (réseau Pluradys, CAMSP, centre régional du langage du CHU) a été initiée.
- **L'objectif qui consistait à évaluer des modalités d'intervention et de réorganisation du maillage territorial des CAMSP n'a pu être pleinement réalisé : l'analyse des rapports d'activités des CAMSP s'est révélée impossible** (hétérogénéité des documents / des indicateurs). Toutefois, un travail sur la rédaction d'un rapport d'activité-type avec des indicateurs communs a été initié (pilotage par l'association PEP).
- **Le nombre d'implantations CAMSP sur chaque département n'a pas évolué depuis 2012.**

En Franche Comté

- **Un dispositif de formation s'est généralisé à l'ensemble des professionnels de la petite enfance, des membres de la communauté éducative et des acteurs médicaux et paramédicaux** afin qu'ils soient en capacité d'identifier les signaux d'alerte des troubles autistiques et TED, et d'orienter les familles vers les structures adéquates.
- **Des équipes diagnostic de proximité ont été constituées** et formées. Jusqu'à présent, les diagnostics d'autisme étaient réalisés par le CRA. La constitution de ces équipes permet d'apporter une réponse de proximité quant à la réalisation des diagnostics pour les enfants repérés porteurs de signes TSA et/ou TED, le CRA étant chargé de réaliser les diagnostics dits « complexes ». Ces équipes, portées par les CAMSP, font l'objet d'une convention de partenariat entre le secteur médico-social et sanitaire. Elles sont opérationnelles depuis le second semestre 2016.
- **Des stages pour internes en pédiatrie, pédopsychiatrie et médecine générale** (formation continue) se sont multipliés au sein des structures médico-sociales (et notamment au sein des CAMSP)

- **La collaboration entre CAMSP et services néonatalogie** a été développée dans le suivi des prématurés (renforcement des liens avec la périnatalité).

En Bourgogne et en Franche-Comté, d'autres dispositifs de dépistage pour certains handicaps spécifiques se sont développés :

- o **Surdité** : Mise en place du dépistage systématique de la surdité dans toutes les maternités de Bourgogne et de Franche-Comté.

Levier d'action 1.2 : Affiner l'identification des besoins afin de proposer une prise en charge adaptée au plus tôt dans le parcours

L'identification des besoins (et notamment des personnes en liste d'attente) est l'un des enjeux majeurs dans la coopération ARS-MDPH, et ce afin d'ajuster en fonction l'offre médico-sociale.

En Bourgogne

- **Une étude a été réalisée en 2013 par le CREAI** sur les 305 enfants inscrits sur les listes d'attente en Côte d'Or. Elle a révélé la difficulté d'interprétation de ces listes : sur les 305 enfants inscrits en liste d'attente, seuls 63 se trouvaient en réalité « sans solution » ce qui atteste d'un manque de fiabilisation des données MDPH (doublons, demandes non actualisées...).
- **Un groupe de travail a été mis en place avec les 4 MDPH** de la région sur l'exploitation des données relatives aux besoins des personnes autistes. Ses premiers travaux ont confirmé la difficulté d'accès aux listes d'attente liée notamment à l'absence de système d'information. Ce travail en amont sur l'identification des besoins vise à proposer une offre d'établissements / de services adaptée et à éviter le traitement dans l'urgence des situations individuelles.

En Franche-Comté

- **Une enquête auprès des structures médico-sociales et sanitaires accueillant des enfants et adultes souffrant de TED** a été réalisée en 2012 et 2013 afin d'améliorer le repérage des publics et de leurs besoins.
- **Un outil régional de recueil d'observation et d'information des CAMSP** pour le diagnostic et l'accompagnement précoce des jeunes souffrant de TED a été mis en place. Un appui méthodologique a été sollicité auprès du

CREAI pour impulser la réflexion sur l'organisation d'un système partagé et coordonné de gestion des listes d'attente des MDPH de Franche-Comté. Objectif : disposer d'éléments d'information concernant la situation des personnes inscrites en liste d'attente et les actualiser en temps réel. Cette démarche engagée en étroite articulation avec les Conseils Départementaux a abouti en 2014 à la rédaction d'un cahier des charges relatif à l'élaboration du futur système d'information partagé.

Levier d'action 1.3 : Promouvoir des programmes de prévention et de promotion de la santé auprès du public handicapé (à domicile / au sein des ESMS)

Les deux régions se sont appuyées sur une démarche de contractualisation via les CPOM et CTP auprès des ESMS afin d'encourager l'appropriation au sein de chaque structure des objectifs du PRS en matière de prévention (abordés à la fois dans le SRP et le SROMS).

La Bourgogne a orienté son action autour de plusieurs programmes

1/ Action relative à la vie affective et sexuelle (VAS) des PH.

Les travaux d'élaboration du plan stratégique régional de santé ont mis en évidence la nécessité de progresser sur la prise en compte de la VAS des PH.

L'objectif de « promouvoir le développement d'une stratégie de prévention dans tous les établissements accueillant des PH sur l'éducation à la sexualité, à la nutrition, sur le tabagisme et l'alcoolisme » est intégré dans le SROMS. Le SRP décline plus largement des objectifs autour de la VAS des adolescents : « développer l'éducation à la vie affective et à la sexualité chez les adolescents » et « avoir accès aux dispositifs de contraception ».

- **Une journée de réflexion sur le thème « Vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap »** visant à sensibiliser les professionnels des établissements médico-sociaux a été réalisée par le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé (janvier 2012). Cette journée a constitué l'étape de lancement d'une dynamique régionale sur ce sujet.

- **Un programme d'éducation pour la santé** visant l'épanouissement de la VAS des personnes handicapées mentales ou psychiques dans les établissements médico-sociaux de la région (nommé par la suite

programme « Vie affective, sexualité et handicap ») a été élaboré par le CREAI en collaboration avec l'Ireps et la Mutualité Française Bourgogne. Ce programme comprend deux axes d'intervention :

- o la formation des professionnels des établissements médico-sociaux ;
- o l'accompagnement méthodologique dans la construction d'un projet visant à prendre en compte la VAS des personnes handicapées dans l'établissement.

- **Au total 91 ESMS PH ont été concernés par le programme** entre 2012 et 2016. Le programme a fait l'objet d'une évaluation en 2014 réalisée par l'ORS Bourgogne.

2/ Action sur le dépistage bucco-dentaire sur la formation des personnels des ESMS

- **Des bilans auprès des patients ainsi que des formations au dépistage bucco-dentaire auprès des personnels** ont été mises en œuvre par l'association AMEBUS en Côte d'or au sein des ESMS accueillant des patients psychiatriques et handicapés psychiques (en collaboration avec le CHS La Chartreuse). Entre 2014 et 2015 : 13 établissements ont été concernés, 540 patients dépistés, 1 430 actes et 77 prises en charges sous MEOPA réalisées, 70 professionnels formés.

- **L'action a également été déclinée sur le département de l'Yonne par l'UFSBD 89.** Entre 2012 et 2015, 830 patients de 18 établissements différents (ESAT, IME, ITEP) ont été dépistés. L'action se déroule en 2 phases :

- o Une phase de dépistage dans lequel les besoins en soins sont évalués, entraînant des orientations vers des soins dentaires ou des soins ODF (orthopédie dentofaciale).
- o Une phase de sensibilisation à l'aide de supports (CD ou vidéos) ou de démonstration de brossage de dents. Il s'agit de mettre en place 3 sessions de 3 heures dans les établissements pour personnes handicapées par groupes de 14 personnes ainsi que des séances d'une heure d'éducation collective. Chaque personne reçoit un kit de brossage accompagné d'une documentation illustrant les méthodes de brossage et les règles d'hygiène dentaire.

- **L'ARS a en outre financé deux actions de la Mutualité bourguignonne** sur le dépistage, l'accès aux premiers soins et la formation du personnel des ESMS du Nord et Nord-Ouest de la Côte d'or ainsi que du centre Armançon dans l'Yonne. Ces actions comportent :

- o une prise en charge des soins dentaires par un chirurgien-dentiste, qui accueille le patient selon un protocole spécifique permettant de tenir compte à la fois de la pathologie dentaire mais aussi du comportement que peut générer le handicap ;
- o des sessions de formations des équipes pluridisciplinaires permettant une prise en charge globale (sensibilisation et formation sur la nécessité d'une bonne hygiène bucco-dentaire) ;
- o un équipement du centre (acquisition d'un fauteuil dentaire spécifique permettant l'accueil des personnes porteuses d'un handicap).

D'autres réalisations ont été enregistrées en Bourgogne :

- **Le Plan régional Sport Santé Bien être** a été mis en œuvre dans les ESMS ;
- **Une étude sur Handicap et Nutrition** a été lancée dans la Nièvre en 2016 (financement DIRECCTE) ;
- **Le projet Nutrition Santé a été décliné** en IME et en ESAT (en lien avec le Plan régional Sport Santé Bien être).

En Franche-Comté

Le SRP prévoyait une adaptation des programmes généraux de prévention (PNNS, éducation à la sexualité, éducation physique) à la population handicapée en fonction du handicap rencontré.

En l'absence d'information quant à la déclinaison opérationnelle de ces programmes auprès des PH, les réalisations qui suivent renvoient à la priorité stratégique « Maintien à domicile des personnes handicapées » (Axe 1 : L'accès aux soins de la personne handicapée).

Sur ce volet, la Franche-Comté a essentiellement procédé à la mise en œuvre opérationnelle du réseau bucco-dentaire Handident.

L'Association Handident Franche-Comté a été créée en avril 2013. Le réseau, qui rassemble des chirurgiens-dentistes libéraux, des représentants

associatifs et d'ESMS a reçu en 2013 le label national « droit des usagers » par le Ministère de la Santé.

Développé dans sa phase d'essai sur l'Aire urbaine en mai 2014 au CH de Belfort Montbéliard (CHBM), le dispositif vise à :

- Faciliter l'accès aux soins des PH, vivant à domicile ou en institution.
- Permettre par du temps médical et administratif, la coordination des soins, la formation et l'accompagnement des chirurgiens-dentistes à de nouvelles techniques de prise en charge de prévention et d'éducation à la santé des PH.

Soutenu par une cellule de coordination animée par un chirurgien-dentiste, le réseau établit des relations entre des personnes handicapées (et des personnes âgées dépendantes), qui vivent ou à domicile ou en établissements, et des acteurs de santé. La cellule de coordination détermine si le patient est admissible et si son profil nécessite une prise en charge au sein du réseau. **Parce qu'il propose une anticipation dans le traitement des risques bucco-dentaires, le dispositif agit en prévention dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap :**

- dépistages dans les établissements médico-sociaux conventionnés pour repérer les besoins et orienter les éventuels patients dans le réseau ;
- formations à destination des professionnels et des accompagnants familiaux.

Essentiellement déployé à ce jour sur l'Aire Urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt, le réseau a vocation à se déployer sur l'ensemble du territoire régional. L'élargissement du réseau repose sur une adhésion des chirurgiens-dentistes. Le lien avec les structures hospitalières (outre le CHBM, un partenariat est développé avec le CHRU de Besançon) constitue l'un des facteurs leviers pour attirer les professionnels au sein du réseau.

- L'adhésion des chirurgiens-dentistes est encouragée à travers un ensemble d'avantages :
- Un accompagnement par le pôle de coordination qui transmet les éléments administratifs et médicaux pour organiser l'accueil et les soins plus facilement.
- Des honoraires doublés sur une liste d'actes définis pour compenser l'allongement du temps nécessaire pour l'accueil, la prise en charge et les soins pour un patient handicapé.

- Une formation adaptée destinée à améliorer leur connaissance des caractéristiques médicales et bucco-dentaires de chaque grande catégorie de handicap, des facteurs prédictifs pour la coopération des patients et des orientations pour améliorer la prise en charge comportementale.

Les statistiques de suivi du dispositif (nombre de patients PH ayant bénéficié du dispositif et nombre de praticiens ayant adhéré au réseau) n'ont pas été communiquées.

• OBJECTIF 2 : GARANTIR L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE POUR TOUS

Ce second objectif porte sur la notion de continuité en matière de prise en charge, celle-ci devant permettre de fluidifier le parcours des personnes en situation de handicap entre les différentes structures de prise en charge.

2.1 Favoriser l'accès aux soins des PH en favorisant la coopération des professionnels et l'articulation entre les différentes structures de prise en charge

2.2 Définir et expérimenter de nouvelles modalités en matière d'orientation pour une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes

2.2 Adapter l'offre de prise en charge afin de répondre aux besoins identifiés sur certains types de handicap

Levier d'action 2.1 : Favoriser l'accès aux soins des PH en favorisant la coopération des professionnels et l'articulation entre les différentes structures de prise en charge

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap est une problématique identifiée au niveau national.

Des réflexions ont été initiées sur les deux régions afin de mobiliser les acteurs et mettre en place des solutions opérationnelles. L'accès aux soins sur les deux territoires s'inscrit dans un contexte territorial peu favorable : contexte géographique ne favorisant pas les mouvements de population, démographie médicale peu dense sur l'ensemble de la région.

A l'initiative des ARS Bourgogne et Franche-Comté, l'ensemble des acteurs de santé impliqués dans le secteur du handicap s'est réuni en octobre 2015 pour signer la Charte Romain Jacob. Ce document comprend douze articles qui entendent engager l'ensemble des acteurs de la santé (au sens large) vers un meilleur accès aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Dans le cadre du PRS, des initiatives ont été mises en place sur les deux régions afin d'apporter des solutions à ces problématiques :

En Bourgogne

- Des conventions de partenariat entre les Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)/ **Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)** et établissements sanitaires ont été mises en place. L'enjeu de coopération et de rapprochement entre ESMS et établissements de santé a également été porté auprès des gestionnaires au travers des CPOM ; et sur les territoires à travers la renégociation des contrats locaux de santé. Néanmoins aucun modèle-type de convention n'a encore émergé, ces conventions n'ont pas été systématisées.

- **Des stages croisés entre établissements sanitaires et médico-sociaux** ont été initiés par le CHS Sevrey Hesperia 71 (ils permettent aux acteurs du sanitaire de passer une journée en immersion en établissement médico-social et vice-versa). Le cabinet Alcimed préconise dans son étude régionale sur l'accès aux soins des PH³⁵ le déploiement de ce type d'actions, qui participent aux échanges et à l'interconnaissance des professionnels des deux secteurs.

- **Une expérimentation** portée par l'association PEP 21 sur 8 sites reliés a permis d'installer des **téléconsultations en CAMSP** pour le suivi psychologique des PH enfants.

- **Des équipes mobiles ont été mises en place** comme l'équipe ELIPSES Equipe Mobile Psychiatrie Précarité par le CHS la Chartreuse. Ses objectifs sont de faciliter l'accès aux soins et éviter la rupture de soins, de

³⁵ L'ARS Bourgogne a confié au cabinet ALCIMED une étude régionale sur l'accès aux soins des PH (état des lieux régional et départemental) ; ainsi que l'élaboration d'un plan d'action. Ce travail mené en 2015 et restitué le 18 mai 2016 constitue le point de départ de la mise en œuvre de la démarche Piveteau. L'état des lieux des dispositifs et des problématiques n'a été mené qu'exclusivement en Bourgogne. Le plan d'action régional a néanmoins vocation à structurer l'action de la nouvelle grande région qui entend devenir une région pilote dans la mise en œuvre du rapport Piveteau.

développer un réseau de partenariat dense, d'apporter un appui technique et une formation, et de prévenir les hospitalisations et les situations de crise.

- **Un dispositif de "référénts de parcours" a été expérimenté dans l'Yonne en 2014 dans le cadre du parcours Handicap psychique pour l'accompagnement de la personne** (Cf. Porte d'entrée Santé Mentale). Notons que le cabinet ALCIMED préconise dans son plan d'action la mise en place de référénts handicap en milieu hospitalier (avec réfaction de protocoles incluant le référént hospitalier).
- **Un réseau Santé Sourds a été créé en 2011.** L'objectif est de rendre accessible les soins de 1er recours aux sourds par une aide à la prise en charge de rendez-vous (site internet en visiocommunication), un accompagnement lors de consultations médicales et la mise en place de permanences médicales avec des interprètes en LSF.
- **Des vacances d'une psychologue clinicienne possédant la langue des signes,** ont été mises place afin d'accueillir en psychothérapie individuelle ou en groupes des personnes malentendantes en détresse psychologique.

En Franche-Comté

- Les actions développées dans le cadre de l'Axe 1 « Accès aux soins » de la Priorité Stratégique « Maintien à domicile des personnes handicapées » visaient spécifiquement à améliorer la fluidité des prises en charge et encourager la coordination des soins autour des PH. Les travaux engagés se sont quasi exclusivement concentrés sur la prise en charge des adultes handicapés.

Quatre réalisations majeures ont structuré l'action de l'ARS sur ce champ :

1/ Expérimentation d'un centre de ressources régional PH porté par l'ARESPA.

L'ARS a souhaité créer un centre de ressources régional pour améliorer l'accès aux soins de 1er et de 2ème recours (médecine générale et spécialités) des personnes handicapées. Elle a ainsi sollicité l'ARESPA pour en assurer la mise en œuvre opérationnelle (septembre 2014).

Ce centre répond à plusieurs objectifs :

- **Améliorer l'accès aux soins de 1er et de 2ème recours des personnes handicapées** notamment pour les situations les plus complexes : déficit de professionnels sur la zone géographique, problèmes d'accessibilité matérielle, de transports, d'accompagnement [NB : cette dernière fonction ne relève pas de la gestion de cas dans le sens où l'intervention de l'ARESPA est circonscrite au domaine de l'accès aux soins]
- **Améliorer l'interface et la complémentarité entre les différents champs d'intervention** (prévention, soins, médico-social et social)
- **Faciliter la prise en charge des PH par des professionnels de ville, et améliorer les relations entre établissements et professionnels de santé**
- **Mettre à disposition des professionnels de santé, des personnes handicapées, de leur famille et des établissements, un interlocuteur joignable** par téléphone ou par courriel ; ce dernier doit pouvoir répondre aux questions d'accès aux soins des PH et participer à la coordination des soins entre les professionnels de ville et les établissements
- assurer de façon pérenne des **campagnes d'information/sensibilisation** auprès des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé
- **assurer le suivi du patient et la coordination de son parcours** (y compris dans le secteur médico-social).

Suite à la phase d'expérimentation du centre, l'ARESPA a procédé à un travail d'organisation interne et de modélisation des réponses aux situations complexes :

- mise en place d'une coordination d'appui auprès des professionnels de santé de 1er recours, des familles et des services et établissements médico-sociaux.
- mise à disposition d'une interface médicale pour organiser le parcours de santé et son suivi
- accompagnement des professionnels de santé dans des formations santé/handicap
- renforcement de l'outillage (logiciel métier, équipement téléphonique et informatique ; formalisation d'un annuaire de ressource).

En novembre 2015, le dispositif avait accompagné 106 parcours de PH et faisait le constat d'une demande de plus en plus grande pour les enfants

(une vingtaine de situations). Les demandes émanent principalement des services SAVS et SAMSAH, médecin libéraux et Don du souffle. L'expérimentation a été prolongée d'une année en 2016.

2/ Mise en place du dispositif Handiconsult sur le CH de Lons le Saunier

Une enquête réalisée en 2014 a démontré l'insuffisance de prise en charge des PH au regard de leurs besoins en santé. Les difficultés rencontrées : les délais de rendez-vous, l'éloignement géographique, mais aussi le temps consacré à la consultation jugé trop limité, le manque de formation des professionnels.

Suite à un appel à candidature, un dispositif d'accès à des consultations programmées à l'hôpital, destinées à des PH en échec de soins en milieu ordinaire, a démarré en juin 2015 pour une période expérimentale. Contrairement à Handident, axé autour d'un traitement préventif en matière d'hygiène bucco-dentaire, le dispositif Handiconsult répond à un besoin de consultation. Mise en place en partenariat avec l'Association de parents et amis de personnes handicapées mentales (APEI) de Lons-le-Saunier, il comprend 8 consultations spécialisées dédiées : neurologie, gynécologie, urologie, gériatrie, pédiatrie, médecine physique et réadaptation et stomathérapie. Pour chacune de ces disciplines, un interlocuteur est désigné et un numéro spécifique d'appel pour consultation est indiqué. Des créneaux spécifiques dédiés aux consultations sont créés. Handiconsult s'adresse aux enfants et aux adultes lourdement handicapés en échec de soins en milieu ordinaire, résidant en institutions publiques, privées ou à domicile. Ce dispositif vise à permettre à l'établissement d'assurer un accueil particulier de la personne handicapée et la coordination des consultations de spécialistes (numéro d'appel unique, protocoles de prise de rendez-vous, accueil et coordination par un infirmier, créneaux de consultations réservés par les médecins).

3/ Un programme expérimental visant à améliorer les articulations entre les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social a été initié

Le programme comprenait trois études expérimentales, conduites selon une même méthodologie et portant sur l'amélioration des transferts entre les établissements médico-sociaux de type FAM ou MAS, les professionnels de santé de ville et établissements de santé.

L'ARS a initié des partenariats entre 8 établissements sanitaires et 4 MAS. Objectifs :

- fluidifier les parcours des patients lors des passages en hospitalisation
- adapter la prise en charge hospitalière aux spécificités du handicap et planifier le retour en institution
- définir des outils de coopération (fiche de liaison, protocoles, concertation...).

Ces partenariats ont donné lieu à deux des trois rapports de restitution : « Amélioration des articulations entre les établissements de type FAM-MAS et les établissements de santé en FC » ; « Transfert des patients handicapés lors de leur hospitalisation en établissement de santé et leur retour en FAM-MAS en FC ».

Parallèlement, l'ARS a diligenté la troisième étude expérimentale sur l'organisation des relations entre les professionnels de santé de ville et quatre FAM-MAS de la région.

Ces travaux quant à l'articulation des professionnels de santé de ville, des établissements sanitaires et des FAM-MAS se poursuivent actuellement dans le cadre des contrats locaux de santé.

4/ Diffusion d'un « cahier de préconisations » à destination des professionnels de santé exerçant en MSP

L'objectif est d'offrir aux professionnels de santé un outil d'aide à l'accueil et à la prise en charge des personnes en situation de handicap qui soit simple, accessible et opérationnel. Cet outil couvre les 5 catégories de handicap sur 3 domaines : accessibilité matérielle, formation et outils « protocole de prise de RDV », et « fiche de liaison ».

Ce kit se compose d'une liste de guides et d'outils spécifiques à chaque type de handicap (handicap mental, autisme et troubles apparentés, handicap psychique, handicap moteur, polyhandicap) livrés sur support numérique ; d'une fiche de vigilance à usage interne, permettant de repérer les besoins spécifiques des patients en situation de handicap et d'y répondre ; des coordonnées et des missions du Centre de Ressources Régional Santé – Handicap. La communication et la diffusion de ce guide auprès des MSP a été réalisée par ARESPA.

Levier d'action 2.2 : Définir et expérimenter de nouvelles modalités en matière d'orientation pour une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes

L'ARS Bourgogne Franche-Comté a initié la mise en place des recommandations du rapport Piveteau « Zéro sans solution », visant à mettre en place sur chaque territoire les conditions assurant une réponse adaptée pour tous³⁶. Un appel à candidature national auprès des départements a été lancé en août 2015 pour mettre en œuvre les recommandations de ce rapport. La Côte d'Or, la Saône-et-Loire, l'Yonne et le Doubs se sont portés volontaires. Les deux ARS ont souhaité faire de la grande région un territoire expérimental pour la mise en œuvre du rapport national Piveteau « Zéro sans solution »

Précédemment, plusieurs expérimentations ont été initiées sur les deux régions dans le cadre du PRS afin d'anticiper les orientations définies par la CDAPH et d'adapter les réponses aux besoins des personnes.

En Bourgogne

– **Plusieurs expérimentations ont été initiées dans le cadre du PRS auprès des 4 MDPH.** Leur objectif est d'anticiper les orientations définies par la CDAPH et d'instaurer davantage de souplesse et d'adaptabilité dans la prise en charge des PH.

Ces expérimentations ont permis d'engager un travail spécifique autour des doubles orientations... et ainsi d'engager une réflexion quant à une adaptation de l'offre de prise en charge selon les besoins de la personne.

Pilotées par les MDPH, ces expérimentations se sont adossées à des couples de structures composés d'un établissement et d'un service avec même agrément de clientèle (structures gérées par un même organisme gestionnaire et sous CPOM).

Ce principe de double-orientation (ex : IME/SESSAD) a vocation à faciliter le maintien de la personne en milieu ordinaire. Il garantit une réactivité en termes d'orientation de structure à structure (et permet aux professionnels de réagir vite dans certaines situations de crise) sans les obliger à repasser par la MDPH (délais de 3 mois CDAPH).

³⁶ Les orientations du rapport Piveteau se structurent autour des 4 axes suivants : Axe 1 Mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH ; Axe 2 Le déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous ; Axe 3 : la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs ; Axe 4 : l'accompagnement au changement des pratiques / formations.

L'article 89 de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifie le mécanisme d'orientation mis en œuvre jusqu'à présent par les MDPH. Il prévoit que la MDPH formule, si besoin, une double orientation pour les personnes, c'est-à-dire une orientation-cible et une réponse alternative construite en fonction des possibilités et disponibilités de l'offre locale. Cette double orientation est formalisée dans un plan d'accompagnement global.

En Franche-Comté

De nouveaux formats d'accompagnement ont été mis en place afin d'adapter les réponses selon les besoins des personnes et d'offrir davantage de souplesse dans le cadre de leur parcours.

Un gestionnaire d'ITEP (ALEFPA) en Haute-Saône a souhaité mettre en œuvre l'expérimentation nationale « ITEP de l'AIRe (Association des ITEP et de leurs réseaux) » autour d'une fusion entre un ITEP et un SESSAD. Ce principe de « double orientation » vise à encourager la pluralité des réponses en termes d'accompagnements en accord avec la singularité des situations des usagers, et à promouvoir la souplesse en favorisant le travail en partenariat avec les MECS, la pédopsychiatrie, la protection de l'enfance.

Un travail a été mené avec l'institut d'éducation motrice de Belfort afin d'encourager une évaluation au long cours des PH par les établissements. L'objectif : adapter les réponses aux besoins de l'enfant handicapé sans recourir systématiquement à une nouvelle orientation MDPH (qui procèdera ensuite à une actualisation administrative à posteriori).

Cette volonté de fusionner la dimension établissements et services vise à alléger certaines orientations en établissements, ou à revenir en arrière pour une prise en charge en institution lorsque la situation se dégrade. Ce fonctionnement en dispositif intégré, subordonné à la conclusion d'une convention entre la MDPH, l'ARS, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés, est encouragé par la Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 91).

En Bourgogne et en Franche-Comté

- **La mise en œuvre de la circulaire nationale relative aux personnes handicapées enfants et adultes (22.11.2013) s'est traduite par l'installation de commissions en charge de la gestion des situations critiques**³⁷.

- Les membres de cette commission opérationnelle sont la MDPH, l'ARS, le CG, la CPAM, le secteur hospitalier (psychiatrie et/ou somatique) adulte et enfant, les représentants des gestionnaires médico-sociaux, les représentants des personnes et de leurs familles, ainsi que, selon les besoins l'Education Nationale, le directeur(s) des établissements concernés. La commission peut s'autosaisir de situations critiques connues par l'un de ses membres.
- En lien avec la CDAPH, la commission examine les situations critiques, identifie les éléments de blocage et les modalités permettant d'aboutir à une réponse adaptée, puis formalise une solution, qui sera présentée à la CDAPH.
- La MDPH signale à l'ARS les situations pour lesquelles aucune réponse locale n'a été trouvée au sein de cette commission. Un référent régional est désigné au sein de chaque ARS. Il mobilise alors tout acteur en interne ou parmi les partenaires de l'ARS pour apporter une solution adaptée aux situations critiques pour lesquelles aucune solution n'aura pu être trouvée à l'échelon local. En cas d'échec de toutes les solutions envisageables au plan local ou régional, le directeur général de l'ARS signale dans les meilleurs délais à la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA) les situations critiques pour lesquelles aucune solution n'aura pu être trouvée à l'échelon régional.
- **Ces commissions ont permis d'installer sur chaque département de réelles pratiques de décloisonnement entre les acteurs et d'aborder les situations individuelles dans une démarche de diagnostic partagé et de recherche de solution collective.**

³⁷ Les situations « critiques » sont des situations dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours (des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement) ; et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

En Bourgogne

- La mise en œuvre anticipée (dès 2014) et l'appropriation de la démarche Piveteau a été facilitée par deux facteurs : la participation du directeur régional de l'offre de soins à la rédaction du rapport ; la fusion entre le sanitaire et le médico-social suite à une réorganisation des services en interne.
- **La mise en œuvre du portail Viatrajectoire participe à une stratégie de mise en place des parcours.** Les objectifs du portail à termes sont de :
 - favoriser la continuité et la fluidité des parcours des personnes au moment des orientations (permettre la gestion des orientations en secteur sanitaire et médico-social) ;
 - faciliter les démarches administratives des PH et de leurs familles, mais aussi des praticiens (permettre la gestion des démarches administratives en ligne) ;
 - améliorer l'information des collectivités et de l'ARS sur la situation de l'offre en ESMS et sur son adéquation avec les besoins identifiés sur les territoires.

Réunissant les 4 Conseils départementaux, les 4 MDPH, l'ARS Bourgogne et le GCS e-santé, la gouvernance autour cet outil a permis de prendre ancrage et de fédérer les acteurs : le comité de pilotage autour des orientations Piveteau en intègre les mêmes membres.

- **L'ARS a participé en tant que tutelle aux commissions annuelles d'harmonisation organisées par chaque MDPH.** Ces commissions permettent d'aborder avec l'ensemble des structures départementales dédiées à l'enfance (IME, ITEP, SESSAD etc.) les orientations des enfants placés sur liste d'attente. Ce travail a plusieurs objectifs :

- actualiser ces listes d'attente (certaines demandes ont pu évoluer : famille qui déménage, une solution intermédiaire qui fonctionne...)
- prioriser certaines orientations au regard de la gravité des situations (travail de critérisation)
- identifier les besoins des PH et de proposer des solutions adaptées (ces réunions permettent à l'ARS d'avoir une vision globale pour ajuster sa programmation de places)
- entretenir des relations de proximité entre MDPH, ARS et les organismes gestionnaires.

Ces Commissions d'harmonisation n'existent pas actuellement en Franche Comté.

En Franche-Comté

Une enquête auprès de l'ensemble des établissements médico-sociaux de la région a été réalisée. Cette enquête avait deux objectifs :

- Evaluer (au 31/12/2012 et 2014) le nombre de jeunes maintenus en établissement pour enfant grâce à l'amendement CRETON³⁸ et le nombre de jeunes de 18 ans et plus en institution au 31 décembre de ces deux années, L'étude a révélé une baisse tendancielle du nombre de jeunes maintenus en amendement CRETON au niveau régional (176 en 2010 ; 165 en 2012 ; 161 en 2014).³⁹
- Construire les perspectives utiles à la planification régionale.

Cette étude recense plusieurs freins à la sortie :

- le manque de maturité des PH à l'entrée à l'âge adulte, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie ou présentant des profils plus complexes.
- le positionnement des parents (nécessité d'accompagner la famille et de préparer la sortie vers le secteur adulte)
- le manque de modularité des réponses du secteur adulte (temps partiel, internat séquentiel...)
- l'absence d'homogénéité dans l'anticipation des orientations selon les territoires.

³⁸ Dispositif législatif permettant le maintien temporaire dans leur établissement de jeunes handicapés atteignant l'âge de 20 ans lorsqu'ils ont une orientation par la CDAPH vers un établissement pour adultes mais sont dans l'attente d'une place

³⁹ Nous ne disposons pas de l'évolution du nombre de jeunes maintenus en amendements CRETON pour la Bourgogne.

Levier d'action 2.3 : Adapter l'offre de prise en charge afin de répondre aux besoins identifiés sur certains types de handicap

En Bourgogne et en Franche-Comté

- La constitution d'une équipe multidisciplinaire pour la prise en charge des handicaps rares⁴⁰, formée par les ARS Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine, participe à :
 - Rendre lisible les prise en charge spécifiques autour de ces handicaps.
 - Jouer un rôle d'interface au niveau national.
 - Structurer les relations avec la MDPH dans le cadre des handicaps rares.
 - Identifier les ressources disponibles.
 - Coordonner les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.
 - Apporter un support aux acteurs locaux.

Réalisations observées en Bourgogne

Autisme :

- Elaboration d'une charte d'harmonisation des pratiques et de diagnostic.
- Renforcement du CRA et des équipes de proximité.

Traumatismes crâniens :

- Extension de 15 places d'un SAMSAH en Côte d'or et de 4 places de SAMSAH dans l'Yonne.
- Création d'un SAMSAH en Saône et Loire avec la particularité d'accompagnement possible de personnes cérébrolésées sur un versant psychique en lien avec des hébergements pour ce public dans le Clunysois.

⁴⁰ La notion de handicap rare regroupe : la rareté des publics (prévalence de 1/10 000), la rareté des combinaisons de déficiences, la rareté des expertises et la complexité technique.

Déficience visuelle :

- Création d'un SESSAD de 13 places en Saône-et-Loire en 2014. Une extension de 2 places du SESSAD de la Nièvre avait été opérée en 2013. Une offre de SESSAD est présente sur l'ensemble des départements sauf dans l'Yonne (50 places au total).

Surdité :

- Mise en place d'un dispositif expérimental de soutien psychologique aux personnes sourdes et malentendantes (2013) porté par les PEP21. Une psychologue soignante propose des entretiens individuels dans une permanence d'accueil une fois tous les 15 jours, ainsi que des groupes de paroles une fois par mois.
- Un SAFEP/SSEFIP est présent sur chaque département (153 places régionales)

Personnes Handicapées Vieillissantes :

- Expérimentation dans le cadre d'un appel à projet d'un service mobile de coordination des soins pour PHV en foyer de vie sur la Nièvre.
- 64 places médicalisées en foyer de vie sur 2012-2016

Réalisations observées en Franche-Comté

Les « publics spécifiques » constituent l'une des 23 priorités stratégiques du PRS. Ils concernent : les personnes autistes, les personnes handicapées vieillissantes, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Autisme :

- Diffusion d'un corpus de connaissances actualisé auprès des MDPH et des services départementaux de PMI en coordination avec le CRA de Franche-Comté.
- Constitution d'un groupe pluri-professionnel de personnes ressources (CRA, ESMS, Education Nationale) formé à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) sur la base du socle commun de connaissances définies par la HAS. Formation des équipes pluridisciplinaires MDPH, des membres des CDAPH, des PMI.
- Organisation de plusieurs rencontres par l'IRTS sur le thème de l'autisme et des TED à destination des professionnels et des familles.

- Ouverture d'une structure expérimentale de 8 places à Besançon dont les principes reposent sur l'approche ABA (Applied Behaviour Analysis – Analyse appliquée du comportement), =une méthode éducative et comportementale.

- Renforcement de l'offre d'accueil en établissements et services par la création de places nouvelles (entre 2012 et 2014 : 60 places nouvelles en IME ; 24 places pour adultes en MAS ; 58 en FAM ; soit 142 places au total sur la région).

Surdité :

- Mise en place d'un dispositif expérimental de soutien psychologique aux personnes sourdes et malentendantes en janvier 2015, porté par le Centre d'éducation pour enfants déficients auditifs (CEADA). Une psychologue soignante propose des entretiens individuels dans une permanence d'accueil une fois tous les quinze jours, ainsi que des groupes de paroles une fois par mois

Traumatismes crâniens :

- Renforcement du service spécialisé (SAMSAH traumatismes crâniens) du Doubs avec la création de 23 nouvelles places à Besançon et avec l'ouverture d'une antenne à Montbéliard (17 places). Il intervient aussi en Haute-Saône et sur le territoire de Belfort. Un SAMSAH de 13 places a par ailleurs vu le jour dans le Jura.
- Création de 10 places en accueil de jour au sein de l'unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS) de la région, qui coordonne les dimensions soins et vie professionnelle.
- Création d'un Groupe d'entraide mutuelle spécifique aux traumatismes crâniens (GEM TC) à Pontarlier début 2012.

Personnes Handicapées vieillissantes :

- Réalisation d'une enquête sur la situation des personnes handicapées vieillissantes dans les ESMS de Franche-Comté (PA et PH) en 2013 et 2014.
- Renforcement de la médicalisation des places institutionnelles (SSIAD en foyer de vie).
- Organisation d'une réflexion pour adapter l'offre régionale médico-sociale personnes âgées et personnes handicapées [Journée régionale handicap et vieillissement à destination des professionnels du champ médico-sociale / 11 décembre 2014].

• **OBJECTIF 3 : PRIVILEGIER ET OPTIMISER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES HANDICAPEES**

Le maintien à domicile de la personne handicapée est une préoccupation majeure des personnes elles-mêmes et de leur famille. Ce constat impose aux institutions et aux acteurs de tout mettre en œuvre pour que le maintien à domicile puisse être un choix et qu'il se réalise dans les meilleures conditions.

Notons que cet objectif de maintien à domicile des personnes handicapées constitue l'une des 23 priorités stratégiques du PRS Franche-Comté⁴¹.

Le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap à domicile est envisagé autour de 3 leviers d'actions :

3.1 Evaluer et renforcer l'offre d'accompagnement à domicile

3.2 Améliorer le soutien aux aidants

3.3 Favoriser l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap et l'insertion professionnelle des adultes

Levier d'action 3.1 : Evaluer et renforcer l'offre d'accompagnement à domicile

L'articulation entre les professionnels intervenant au domicile des PH est l'une des orientations privilégiées afin de consolider et de fluidifier la prise en charge de la personne.

⁴¹ 3 axes de développement ont structuré l'action de l'ARS FC sur ce champ :

Axe 1 : l'accès aux soins de la personne handicapée

Axe 2 : la qualité de l'accompagnement à domicile

Axe 3 : le développement de l'offre et la diversification des modes d'accompagnement.

Cette priorité stratégique s'est principalement orientée sur le maintien à domicile de la personne adulte handicapée ; en interface avec les priorités stratégiques « aide aux aidants » et « publics spécifiques » ; mais également avec le Schéma régional Prévention (SRP) pour ce qui concerne les programmes de promotion de la santé dans les lieux de vie des PH.

Réalisations en Bourgogne

- **Un premier travail a été mené en partenariat avec les Conseils départementaux et les MDPH sur le fonctionnement spécifique des structures SAMSAH de la région** (travail autour des indicateurs disponibles, évaluation de l'offre de SAVS et évaluation partagée des besoins). Ce travail s'est poursuivi via la rédaction, en lien avec les Conseils départementaux, d'un cahier des charges spécifique précisant le public, le territoire, les prestations attendues du SAMSAH. 124 places ont été créées sur la période 2012-2016 dans une volonté de renforcement de l'offre.
- **L'offre de SESSAD s'est renforcée.** 440 places de SESSAD ont été financées sur 2012-2018 dans le cadre du PRIAC. La part des SESSAD dans l'offre globale de l'enfance devrait passer de 31 à 37 % entre 2012 et 2018. Pour les nouvelles créations de places de SESSAD pour autisme ou autres TED, l'ARS a soutenu la prise en compte d'un coût à la place élevé (entre 25 000 € et 28 000 € / place) pour permettre une prise en charge renforcée. 122 places de SESSAD autisme ont été créées en 2012-2018.

Réalisations en Franche-Comté

- **L'ARS Franche-Comté a mené un état des lieux quantitatif et qualitatif de l'offre disponible sur la région.** Une première réflexion a été engagée avec les associations et les gestionnaires de services afin d'identifier les problématiques ; un second temps de la réflexion a associé les Conseils départementaux et les MDPH. Ces travaux ont débouché sur une étude consacrée au fonctionnement et aux conditions d'intervention des SSIAD intervenant auprès des PH (à partir d'une enquête ciblée sur les SSIAD du Territoire de Belfort disposant de places pour PH).

Ce travail a révélé :

- **Les difficultés en matière d'articulation entre l'aide et le soin à domicile.** Si des partenariats existent, peu sont formalisés. Les liens entre SSIAD et SAAD s'observent le plus souvent lorsqu'une difficulté est rencontrée.
- **Un manque de moyens humains au sein des structures** (difficultés de recrutement des aides-soignantes pour les associations ; turn-over important du personnel).

- **Un manque de formation des équipes soignantes à la prise en charge des PH** en particulier celles présentant des troubles psychiques. Les personnels sont surtout formés à la prise en charge des personnes âgées.
- **L'absence de projet individuel d'accompagnement** prenant en compte la globalité des besoins et les attentes des PH.
- **Les difficultés pour les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) à recueillir des éléments médicaux sur le handicap et les besoins spécifiques en soins des personnes suivies** (prévention/surveillance/soin).
- **Un problème de positionnement des IDE** avec un manque d'encadrement et de contrôle des pratiques professionnelles (pas de réunion de synthèse ni d'échanges formalisés ; quasi absence de protocole de soins).
- **Un manque de concertation et de coordination avec les partenaires extérieurs.**
- **Des difficultés dans la continuité des soins** (notamment le weekend) ; avec des glissements de tâches observés du SSIAD vers le SAAD ou vers les familles, qui posent le problème de l'encadrement des pratiques d'un personnel n'ayant pas compétence pour le soin.

Cette étude a par ailleurs mis en lumière deux problèmes qui témoignent d'une défaillance d'un manque d'efficacité dans la mobilisation de ces structures :

- L'impossibilité de chiffrer les doubles prises en charge SSIAD – SAAD.
 - La non-intervention de certains SSIAD lorsqu'une personne fait l'objet d'une prestation SAAD.
- **Ce travail autour de l'offre disponible a été complété par un recueil de données par trois MDPH sur les besoins des PH adulte, réalisé à partir des données examinées en CDAPH adultes entre décembre 2013 et mai 2014.** Ce travail aura permis de renforcer les liens entre l'ARS et les MDPH, tout en impliquant les représentants des associations et des organismes gestionnaires. Ce travail n'a pas permis de répondre aux attentes de l'ARS en matière d'identification des besoins en accompagnement à domicile, en raison notamment d'un manque de traçabilité autour des orientations au sein des MDPH.

- Ces travaux auront permis d'initier :
 - **Une expérimentation d'un SSIAD de soirée** (entre 19h et 23h) afin de satisfaire le besoin des PH adultes pour qui l'intervention classique des SSIAD n'était pas adaptée à leur projet de vie.
 - **La mise en place d'un classeur de liaison pluri-professionnel au domicile des PH sur le territoire de Belfort. Initialement expérimenté** avec la Confédération de Gérontologie (auprès des personnes âgées), le classeur visait à constituer au domicile de la personne un support d'échanges d'informations et de pratiques en abordant la situation de la personne autour d'un « projet de vie ». La mise en place de ce support s'est accompagnée de formation à l'information écrite ciblée (enjeu fort pour certains intervenants précaires). L'appropriation de cet outil s'est heurtée à trois freins principaux : l'absence de mécanismes de transmission ; la séquestration des informations par certains intervenants ; l'absence de culture de l'écrit chez certains professionnels.
 - **La création d'une équipe mobile intervenant à domicile en complément des dispositifs existants** (information non communiquée quant à sa mise en œuvre effective).
- **Au-delà de ces expérimentations, l'ARS Franche-Comté a accompagné le développement de l'offre de services :**
 - Augmentation de la part des services SESSAD dans l'offre globale d'accompagnement médico-social des enfants handicapés (de 29% en 2009 à 38,2% en 2014).
 - 206 nouvelles places de SAMSAH créées entre 2012 et 2016 (soit + de 171% en 4 ans).
 - Entre 2009 et 2013, la part des services dans l'offre médico-social (enfants et adultes) est ainsi passée de 27,2 à 32,7%.

En Bourgogne comme en Franche-Comté

- **Une réflexion sur le lien entre formation des professionnels et renforcement de l'offre d'accompagnement à domicile a été menée.** Elles portent sur :
 - la sensibilisation des professionnels aux différents types de handicap ;

- la mise en œuvre de formations mutualisées entre professionnels de l'aide et du soin à domicile.
- La mise en œuvre effective de formations se révèle néanmoins délicate, compte tenu du manque de moyens observé au sein de ces structures.

Levier d'action 3.2 : Améliorer le soutien aux aidants

Le maintien à domicile des personnes en situation de handicap repose sur les proches « aidants » même en présence d'accompagnants professionnels.

Réalisations en Bourgogne

- **Un état des lieux de l'offre existante en accueil de jour et hébergement temporaire** a été réalisé afin d'orienter l'ARS vers le redéploiement et/ou la création de nouvelles places, en alternative à l'hébergement complet en structures FAM / MAS. Le renforcement de l'offre de répit a été encouragé dans le cadre des négociations CPOM auprès des ESMS.
- **Deux projets de Village Répit Familles** ont vu le jour en Saône-et-Loire et dans l'Yonne.
- **Des formations à destination des familles** ont été mises en œuvre en Côte d'or par l'intermédiaire de l'UNAFAM.

Réalisations en Franche-Comté

- Priorité stratégique du PRS, l'aide aux aidants a donné lieu à la **modélisation d'un « parcours aidant »** selon la pathologie de l'aidé. Une enquête régionale a permis de recenser l'offre et les actions existantes ; les freins et risques de rupture dans ce parcours ont été mis en évidence.
- Les actions en soutien aux aidants ont été diversifiées :

- **Soutien d'actions visant l'accompagnement des familles dont un proche souffre d'autisme ou de TED via des formations à destination des professionnels et des parents** d'autistes pour aider à mieux comprendre le handicap : formations en direct ; réunions d'information, réunions festives et sorties, interventions en milieu familial et garde à domicile, accompagnement individuel, soirées débats, réunions de parents
 - **Soutien d'une plateforme de répit et de soutien** aux proches et aux groupes familiaux d'enfants, adolescents et jeunes adultes polyhandicapés (Pôle enfance d'Héricourt, ADAPEI 70)
 - **Développement des formules de « bistrot des aidants »** sur deux territoires (à Lons et Vesoul).
- La création du Centre de ressources régional porté par l'ARESPA a permis de faciliter les démarches des familles (rôle d'interface et d'appui).

Levier d'action 3.3 : Favoriser l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap et l'insertion professionnelle des adultes

L'accompagnement des enfants et adultes handicapés en milieu ordinaire, aussi bien en école qu'en emploi, constitue une orientation stratégique pour le maintien à domicile des personnes.

Réalisations en Bourgogne en matière d'inclusion scolaire

- **Une convention rectorat / ARS sur le champ de scolarisation et de la prévention est en cours** de finalisation (globale, elle ne porte pas exclusivement sur le champ du handicap, mais une part importante lui y est consacrée).
- **Un groupe régional de suivi de la scolarisation a été installé en 2013.** Un travail de fond a été entamé sur les critères d'attribution des AVS ainsi que sur la création et la vie des unités d'enseignement "externalisées". Des groupes techniques départementaux de suivi de la scolarisation (GTDSS) ont été mis en place dans les 4 départements.
- **Une étude / évaluation sur la scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés** a été réalisée, incluant l'ensemble des parties prenantes sur ce champ : DSDEN, IEN ASH, conseillers pédagogiques ASH et enseignants référents pour la scolarisation des élèves handicapés, CD,

MDPH, municipalités (1er degré), associations (gestionnaires ou non) du secteur médico-social, ESMS, les établissements scolaires, ainsi que les parents (ou leurs représentants). L'étude s'est penchée sur les 3 thématiques identifiées dans le SROMS (Objectif Général 5) : Préparation de la 1^{ère} scolarisation ; Articulation Projet individualisé d'accompagnement (PIA) et Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) ; Diversification des modalités de scolarisation.

Constats :

- **le nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire a augmenté de 16% en Bourgogne depuis 2011** passant de 5 600 élèves à plus de 6 500 élèves en 2014.
 - D'importants contrastes territoriaux selon les départements.
 - L'accompagnement de la scolarisation en milieu ordinaire est encore insuffisant.
 - une articulation insuffisante des professionnels du médico-social et de l'Education nationale.
- **Un travail d'incitation à la concertation et à l'articulation** entre les établissements et les institutions scolaire a été mené auprès des organismes gestionnaires médico-sociaux dans le cadre des négociations CPOM.
 - **De nouvelles modalités de scolarisation ont vu le jour** avec la mise en œuvre de 4 nouvelles unités d'enseignement externalisées en 2015 sur la région (1 par département) ; des UE en maternelle dans le cadre du Plan autisme.

Réalisations en Franche-Comté en matière d'inclusion scolaire

- + 9,46% d'élèves scolarisés en situation de handicap entre octobre 2013 et octobre 2015 (4 506 élèves au total en octobre 2015 de la maternelle à post-bac)
- **Un groupe régional de suivi de la scolarisation ainsi que groupes techniques départementaux** ont été mis en place afin d'améliorer la programmation des dispositifs de scolarisation.
- **Un protocole d'évaluation** a été mis en place auprès de l'ensemble des unités d'enseignements de la région (en cours de réalisation).

- **300 personnes ont participé à des journées conjointes de formations** des professionnels des ESMS et de l'Education Nationale, organisées par l'ARS et le rectorat sur chaque département.

- **Un tableau de bord régional partagé ARS/EN** a été réalisé afin d'évaluer les besoins et d'établir une cartographie régionale prospective et donc de mieux piloter l'orientation et l'accompagnement des élèves avec handicap.

- Un film a été réalisé sur les complémentarités d'intervention en Franche-Comté des personnels de l'Education nationale et des établissements et services médico-sociaux (« La main dans le chapeau »).

- Une **politique de contractualisation forte** a été initiée : les ESMS intègrent désormais dans leur contrat des objectifs de coopération et de concertation avec l'Education Nationale.

- Le **partenariat entre l'académie de Besançon, l'ARS de Franche-Comté et les gestionnaires d'ESMS a été renforcé** (avril 2013) : des conventions constitutives d'unités d'enseignement ont été signées. Elles ont pour objet de définir et contractualiser les modalités d'accompagnements éducatifs et pédagogiques en cohérence avec les projets de vie des enfants et des adolescents accueillis. Le partenariat ARS / Education Nationale est formalisé au sein d'une convention cadre signée en novembre 2011 qui a permis de renforcer les coordinations en faveur de l'inclusion scolaire des enfants handicapés.

- La première unité d'enseignement de 7 places en école maternelle pour les enfants autistes ou présentant des troubles envahissant du comportement a ouvert à la rentrée 2014.

Réalisations en Bourgogne en matière d'insertion professionnelle

L'insertion professionnelle du public handicapé occupe une part prépondérante au sein du PRS (4 objectifs généraux du SROMS y sont consacrés).

- **Un recensement des différents dispositifs existants sur l'insertion professionnelle des 16-25 ans dans le champ médico-social** a été réalisé. Deux orientations prioritaires ont été fixées : Les travailleurs handicapés « psychiques » ; les jeunes sortants d'IME avec un manque de qualification. Le recensement visait à identifier les dispositifs de droit commun ; ainsi que les dispositifs spécifiques qui ont émergé à l'initiative des gestionnaires d'établissements médico-sociaux.

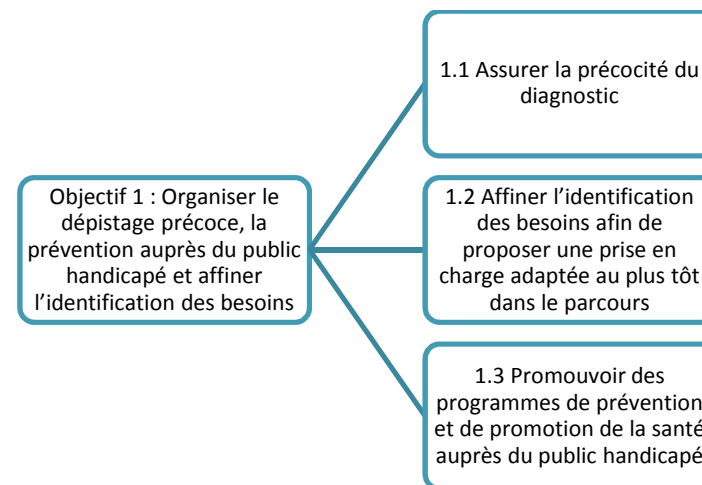
- Une **antenne CPO (centre de pré-orientation) de 10 places a été créée en Côte d'Or** à partir du dispositif de l'Yonne afin de renforcer la filière d'insertion professionnelle existante.
- L'ARS a participé au dispositif régional du PRITH.
- Le **levier de la contractualisation (CPOM / CTP) a permis de partager ces objectifs** en matière d'insertion professionnelle auprès des professionnels des ESMS. Le renforcement de l'accompagnement social des travailleurs handicapés (partenariats ESAT – SAMSAH) est encouragé via une inscription de l'objectif dans les projets d'établissement des ESAT.

Réalisations en Franche-Comté en matière d'insertion professionnelle

- L'ARS FC a lancé en 2015 un appel à projet pour la création de 13 places de Centres de pré-orientation (CPO) pour adultes handicapés.

• **BILAN DE LA CONTRIBUTION DES PRS AUX DIFFERENTS OBJECTIFS SUR CETTE PORTE D'ENTREE**

Organiser le dépistage précoce, la prévention auprès du public handicapé et affiner l'identification des besoins



Avancées et limites rencontrées

En matière de dépistage, les deux ARS ont donné la priorité au renforcement des CAMSP dans le cadre du 3^{ème} plan autisme (mise en place des équipes de proximité et développement de la formation). Des travaux ont été entrepris auprès des CAMSP autour d'un ensemble d'outils (CPOM, rapport d'activité-type, indicateurs communs, recueil d'observation) : une démarche de capitalisation pourra être menée afin de perfectionner le positionnement et le pilotage de ces structures.

Le dépistage de la surdité s'est systématisé dans les maternités de Bourgogne et Franche-Comté.

En matière **d'identification des besoins**, les données disponibles sur le secteur médico-social sont éparpillées et fragmentaires dans les deux régions ; elles rendent difficiles une analyse exacte des besoins des publics, et plus particulièrement des personnes handicapées. Un travail significatif a été opéré en matière de repérage et de recueil d'information auprès du public

autiste. Une réflexion autour d'un système d'information partagé auprès des MDPH autour des listes d'attente a été engagée dans les deux régions.

La promotion des actions de prévention auprès du public handicapé s'est en grande partie exercée en établissements :

- via la déclinaison et l'adaptation des programmes régionaux et/ou généraux de santé (Plan régional santé bien être notamment) ;
- via la mise en œuvre d'actions de prévention spécifiques (« Vie affective, sexualité et Handicap » en Bourgogne) ;
- via une diffusion des objectifs du SRP et du SROMS auprès des établissements au travers des CPOM.

En Bourgogne comme en Franche-Comté, ces actions de prévention ont essentiellement porté sur l'hygiène bucco-dentaire. Elles ont permis d'assurer de manière concomitante le dépistage de centaines de PH et la sensibilisation des professionnels des établissements.

La mise en œuvre opérationnelle du réseau Handident (Franche-Comté) propose une déclinaison plus globale :

- le dispositif s'adresse aussi bien aux PH à domicile qu'en établissements.
- il vient en appui aux professionnels accompagnants des PH sur une sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire.
- il sensibilise également les chirurgiens-dentistes à la prise en charge spécifique des personnes handicapées.
-

Perspectives

L'appui aux professionnels initié dans le cadre du plan autisme est poursuivi à l'échelle de la grande région (le 3^{ème} plan autisme s'étend jusqu'en 2017). Plusieurs axes de développement :

- La mise en place d'une animation commune des « professionnels-ressources » (référénts autisme)
- La formation des acteurs (en collaboration avec les OPCA de la région)
- Le rapprochement des deux CRA
- La mise en place d'une convention cadre rectorat-ARS

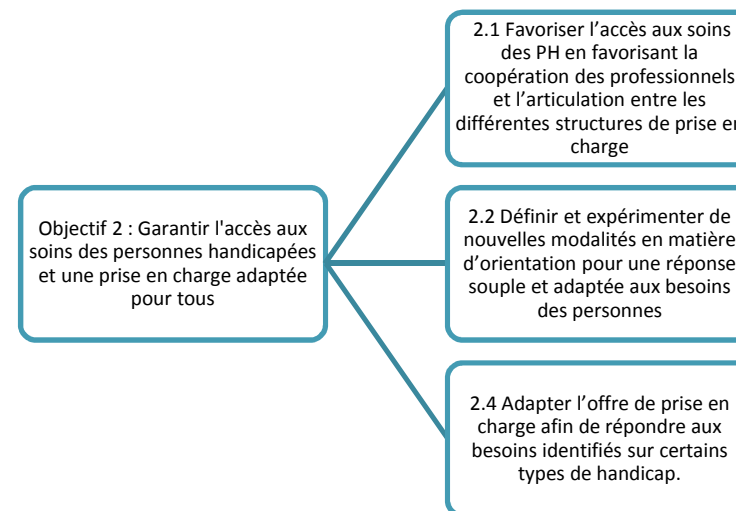
Le déploiement progressif de l'outil Viatrajectoire sur l'ensemble des départements est engagé (et attendu).

L'élargissement du réseau Handident en région FC et la mise en œuvre d'un réseau homologue en Bourgogne constituent deux perspectives actuellement étudiées par l'ARS BFC⁴². En Bourgogne, le planning pressenti prévoit : 1/ une phase d'identification des zones géographiques prioritaires ; 2/ la rédaction et le lancement d'un appel à projet. Une capitalisation de l'expérience menée en Franche-Comté alimentera la mise en œuvre opérationnelle de cet appel à projet.

Pistes de travail / points de vigilance

Néant (cf. ci-dessus)

« Garantir l'accès aux soins des personnes handicapées et une prise en charge adaptée pour tous »



⁴² La mise en œuvre d'un réseau de type Handident en Bourgogne constituait l'une des 10 actions préconisées par le cabinet ALCIMED pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Avancées et limites rencontrées

La sensibilisation des professionnels de santé libéraux aux spécificités de la prise en charge des PH est perçue comme un facteur déterminant en matière d'accès aux soins des personnes handicapées à domicile. En Bourgogne, ce travail a donné lieu à des réalisations limitées. En Franche-Comté, un travail approfondi a été engagé sur ce champ dans le cadre de la priorité stratégique « Maintien à domicile des Personnes Handicapées ».

Les dispositifs mis en place dans les deux régions pour améliorer les articulations entre les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social ont participé à **l'installation progressive de la notion de parcours** en matière de handicap et à son appropriation par l'ensemble des professionnels.

L'engagement de l'ARS BFC dans la démarche Piveteau, la signature de la Charte Jacob ou encore l'étude régionale sur l'accès aux soins des PH réalisée par le cabinet ALCIMED en Bourgogne en 2015, témoignent d'une volonté de l'ARS BFC de construire un plan d'action à la hauteur des enjeux liés aux besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap.

En matière d'orientation, les deux régions ont engagé auprès des MDPH des expérimentations innovantes et alternatives afin d'adapter la réponse médico-sociale aux évolutions des patients. Basées sur le principe d'une double-orientation établissements-services, ces expérimentations préfiguraient le fonctionnement en dispositif intégré désormais encouragé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ces doubles orientations ouvrent la voie à une offre en « prestation » selon les besoins individualisés des personnes. Le projet SERAFIN-PH travaillé au niveau national s'est fixé comme objectif la construction de deux nomenclatures : la nomenclature des besoins des personnes en situation de handicap accueillies ou accompagnées par les ESMS, et la nomenclature des prestations de ces mêmes ESMS. **En partant de la définition des besoins** des personnes en situation de handicap, cette démarche interroge de fait les réponses qui sont apportées (ou non), leur ajustement au plus près des besoins et la manière dont elles sont déployées par les organisations. A terme, ces nomenclatures doivent permettre d'adapter les coûts en fonction du type de prestation proposée (dans une perspective de réforme de la tarification des structures PH).

La mise en œuvre des orientations Piveteau a été précédée d'un ensemble de réalisations qui vont dans le sens d'une **réponse souple et adaptée à chacun**. La mise en place d'instances partenariales spécifiques dans la

gestion des situations individuelles et la structuration d'un portail d'information et d'orientations (Viatrajectoire) constituent deux avancées significatives sur ce champ.

Pistes de travail / points de vigilance

En matière d'accès aux soins,

Mettre en œuvre le plan d'action proposé par le cabinet ALCIMED en mai 2016. Ce plan d'action est organisé en 6 axes et 10 actions :

- **AXE 1 Optimiser l'accès aux soins de premier recours** : Diffuser les protocoles de coopération existants auprès des professionnels paramédicaux, développer un réseau de type Handident, favoriser la prise en charge des PH dans un environnement adapté.
- **AXE 2 Améliorer la coordination entre acteurs du suivi des PH** : optimiser la coordination entre ESMS et hôpitaux en entrée et sortie d'hospitalisation, inciter aux mini-formations entre médico-social et sanitaire, accompagner à la mise en place de référents handicap en milieu hospitalier
- **AXE 3 Permettre une meilleure réponse aux besoins des PH dans les services d'urgence** : optimiser les protocoles de prise en charge des PH dans les services
- **AXE 4 Former et sensibiliser les professionnels de santé** : développer la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de la prise en charge des PH
- **AXE 5 Favoriser l'innovation dans l'accès aux soins des PH** : intégrer le champ de l'accès aux soins dans les événements régionaux
- **AXE 6 Partager les initiatives mise en place en région** : créer une plateforme commune de partage des initiatives mises en place en région

En matière d'orientations

Accompagner le parcours des personnes en situation de handicap à travers de nouvelles modalités de travail au sein des MDPH (→

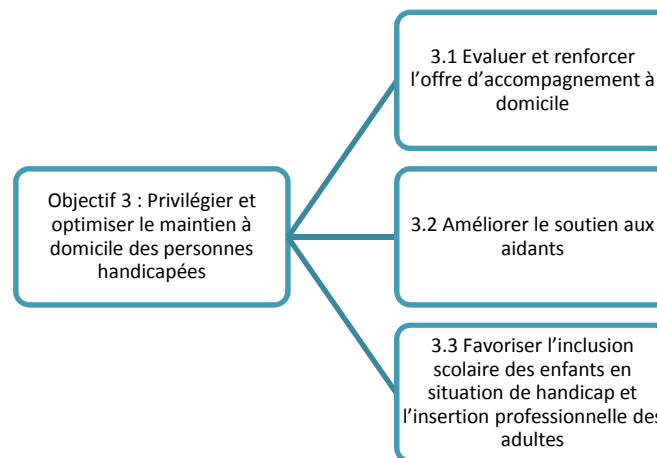
décloisonnement institutionnel), en collaboration étroite avec d'autres acteurs du territoire, notamment afin d'assurer :

- Le déploiement de l'outil Viatrajectoire afin qu'il soit pleinement investi et approprié par les partenaires institutionnels, les professionnels et les usagers.
- La construction d'une analyse anticipée des besoins des PH pour une meilleure adaptation de l'offre.
- La mise en place d'une logique de double orientation.
- L'appropriation progressive par l'ensemble des acteurs de la réforme de la tarification vers une notion de prestations (projet SERAFIN-PH)

Mettre en œuvre une politique de santé territorialisée conforme aux orientations du rapport Piveteau axée vers une stratégie de mise en place des parcours à travers :

- les contrats partenariaux (ARS, CD, EN)
- la contractualisation CPOM avec les ESMS
- la coordination territoriale (développement des réseaux spécialisés et des plateformes territoriales d'appui)
- le partage et échanges d'informations (outils et instances de travail partagés)
- l'évolution de l'offre (dispositifs souples de transition, développement de l'offre de répit et d'aide aux aidants)
- l'accompagnement au changement des pratiques (élaborer et diffuser les bonnes pratiques, former les professionnels)

Privilégier et optimiser le maintien à domicile des personnes handicapées



Avancées et limites rencontrées

Le développement de services d'accompagnement à domicile (SAMSAH, SESSAD) sur chacune des deux régions tend vers plus de proximité, plus de mobilité, et une individualisation des réponses. Il répond au mouvement d'inclusion sociale des PH (désinstitutionnalisation).

La difficulté à ce stade pour chacune des régions est d'avoir une lecture croisée à la fois de l'offre existante et des besoins en matière d'accompagnement à domicile (prestations d'accompagnement, de soins, d'aide à la vie courante). **L'évolution et l'adaptation de l'offre s'établit ainsi non pas en fonction des besoins mais à partir d'un recensement et d'une évaluation de l'offre existante.** L'identification des besoins d'accompagnement des PH constitue l'une des préoccupations majeures des 2 ARS. Pour autant, en dépit d'importants efforts entrepris auprès des MDPH dans le recueil des données, ce repérage des besoins peine à être accompli.

La thématique du soutien aux aidants familiaux, bien qu'identifiée comme un levier dans chacun des deux PRS, n'a pas été pleinement investie. L'ARS Bourgogne a en priorité soutenu le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire en établissement. En Franche Comté, l'aide aux aidants constituait l'une des 23 priorités stratégiques du PRS. Si

quelques formules expérimentales de soutien aux familles ont vu le jour (plateforme de répit pour les proches d'enfants polyhandicapés notamment), la thématique s'est davantage consacrée à la question des aidants autour des personnes âgées.

L'insertion professionnelle des PH n'a fait l'objet que de faibles explorations dans le cadre des deux PRS.

L'inclusion scolaire des enfants handicapés en milieu ordinaire constitue l'un des points clés des relations entre les ARS et le rectorat. Les groupes régionaux et départementaux de suivi de la scolarisation n'ont pas encore trouvé à ce stade leur rythme de croisière. Ces instances ont néanmoins permis d'amorcer des réflexions conjointes (critères d'attribution des AVS, développement de nouvelles UE externalisées). Si le partenariat entre l'ARS Franche-Comté et l'Académie de Besançon semble un peu plus stabilisé à ce stade (convention cadre signée dès 2011), l'étude menée en Bourgogne sur la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire et la signature récente (automne 2016) d'une convention de partenariat élargi avec le rectorat témoignent d'un investissement significatif de l'ARS Bourgogne sur ce champ.

Points de vigilance / Pistes de recommandation

Développer et rendre lisible une offre régionale de soutien aux aidants familiaux sur le champ du handicap en s'appuyant sur les associations et réseaux spécialisés

Poursuivre et perfectionner à partir de modalités renouvelées et unifiées à l'échelle régionale les travaux entrepris auprès des MPDH sur la lecture anticipée des besoins des PH à leur domicile

Définir un calendrier partagé avec les académies de Dijon et Besançon autour d'une instance partenariale unique pour construire un partenariat nivelé entre l'ARS et l'Éducation Nationale. Accompagner la montée en charge des groupes techniques de suivi de la scolarisation sur chaque département.

Maintenir une participation de l'ARS aux différentes instances de travail consacrées à l'insertion professionnelle des PH et construire une stratégie régionale concertée avec les partenaires institutionnels (DIRECCTE, prescripteurs, acteurs socioprofessionnels) pour le développement du travail protégé

Accompagner l'évolution des pratiques des intervenants au domicile des PH. Le pilotage par l'ARS sur ce champ se révèle néanmoins compliqué à mettre en œuvre en raison de l'hétérogénéité des structures, de leur manque de moyens et du déficit de formation de certains professionnels sur la thématique Handicap. La réflexion engagée en Franche-Comté pour un rapprochement entre l'aide et soins à domicile aura permis d'identifier plusieurs leviers de progrès :

- La mise en place d'instances et/ou outils de coordination entre les différents intervenants au domicile de la personne (ex : cahier de liaison au domicile du patient).
- Un meilleur encadrement des pratiques professionnelles au sein des structures (protocoles de soins, réunions de synthèse).
- Une meilleure sensibilisation et formation des professionnels de ces structures à la prise en charge des PH.

2.5 Porte 4 : Le parcours de santé des personnes âgées

• PREAMBULE

Périmètre de l'évaluation

Le champ retenu par le Comité de pilotage porte sur l'Évaluation des actions relatives aux 3 priorités suivantes :

- Prévenir la perte d'autonomie,
- Coordonner les professionnels autour de la personne âgée
- Organiser les transitions domicile-hôpital-domicile

Cette porte d'entrée s'articule autour de la notion de parcours de santé des personnes âgées, qui implique de s'intéresser à chaque étape des actions de santé développées autour de la personne. Cette démarche parcours s'est développée pour chacune des 2 régions à partir de l'identification des « points de rupture ». Nous avons donc articulé cette évaluation autour du questionnement suivant : Quelle traduction de cette démarche « parcours » dans chaque PRS et quelle mise en œuvre effective ? Les réalisations de la période 2012-2016 ont-elles permis de réduire les points de rupture ? Quel a été l'apport du système d'information ?

Sources des informations

Les réorganisations successives et récentes au sein de l'ARS ont constitué une difficulté pour disposer d'une vision rétrospective.

Les actions engagées renvoyant à plusieurs schémas du PRS, les sources des données de suivi sont multiples.

En Bourgogne, un document Bilan de la mise en œuvre du SROMS à mi-parcours faisait état de premiers éléments de suivi. Des données complémentaires ont par ailleurs été extraites à partir des documents de bilan associés aux différents dispositifs et expérimentations composant le parcours.

Ces données ont été complétées par des entretiens avec différentes instances : Direction du projet prioritaire Parcours Personnes âgées (+responsable dispositif PAERPA), Direction de l'autonomie – Organisation de l'offre Personnes Agées, instance régionale de Gériatrie, Direction de Santé publique.

En Franche-Comté, un bilan intermédiaire de l'ensemble du PRS a été réalisé en novembre 2014. Des éléments de bilan figurent également dans un fascicule intitulé PRS 2012-2014 Regards à mi-parcours. L'analyse de ces documents a été complétée par des entretiens avec la Direction de l'autonomie (Priorité stratégique Aide aux aidants et Appui au pilotage et à la performance) et la Direction de l'animation territoriale (programme PSPA).

La fusion des deux régions au second semestre 2015 a donné lieu à de premières capitalisations conjointes sur les réalisations menées sur chacune des deux régions.

Les entretiens réalisés pour cette porte d'entrée sont listés dans le chapitre 6. Annexes.

Synthèse des objectifs initiaux

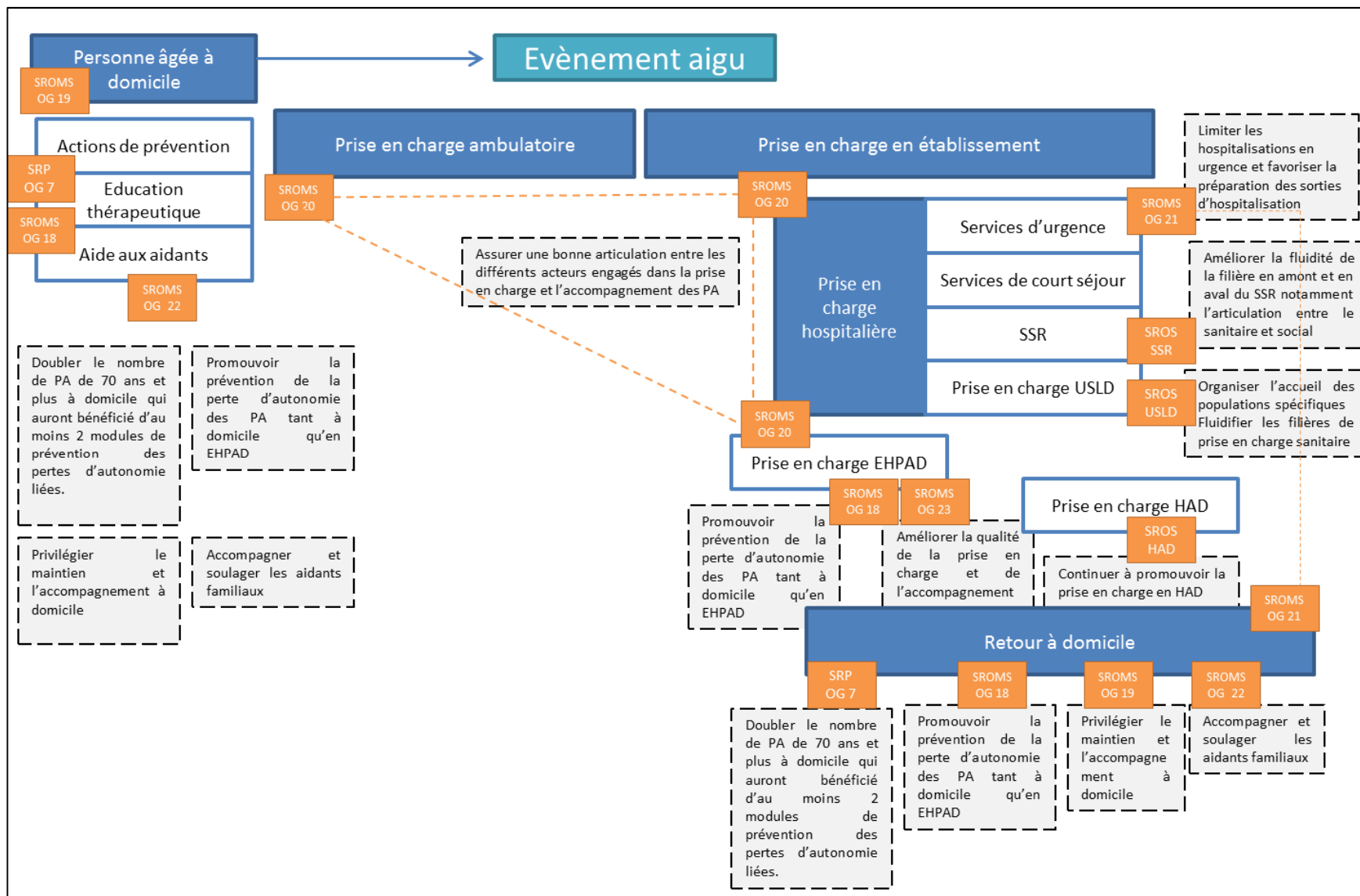
Dans chacun des PRS, les objectifs relatifs au parcours des personnes âgées sont **formulés dans 3 schémas et dispersés** au sein même de ces schémas. Nous les avons regroupés en trois grands objectifs de la façon suivante :

Notons que le PRS Franche Comté contient un SRP spécifique Personnes âgées, mais traite de la problématique de la nutrition de ces publics au sein du SRP Nutrition.

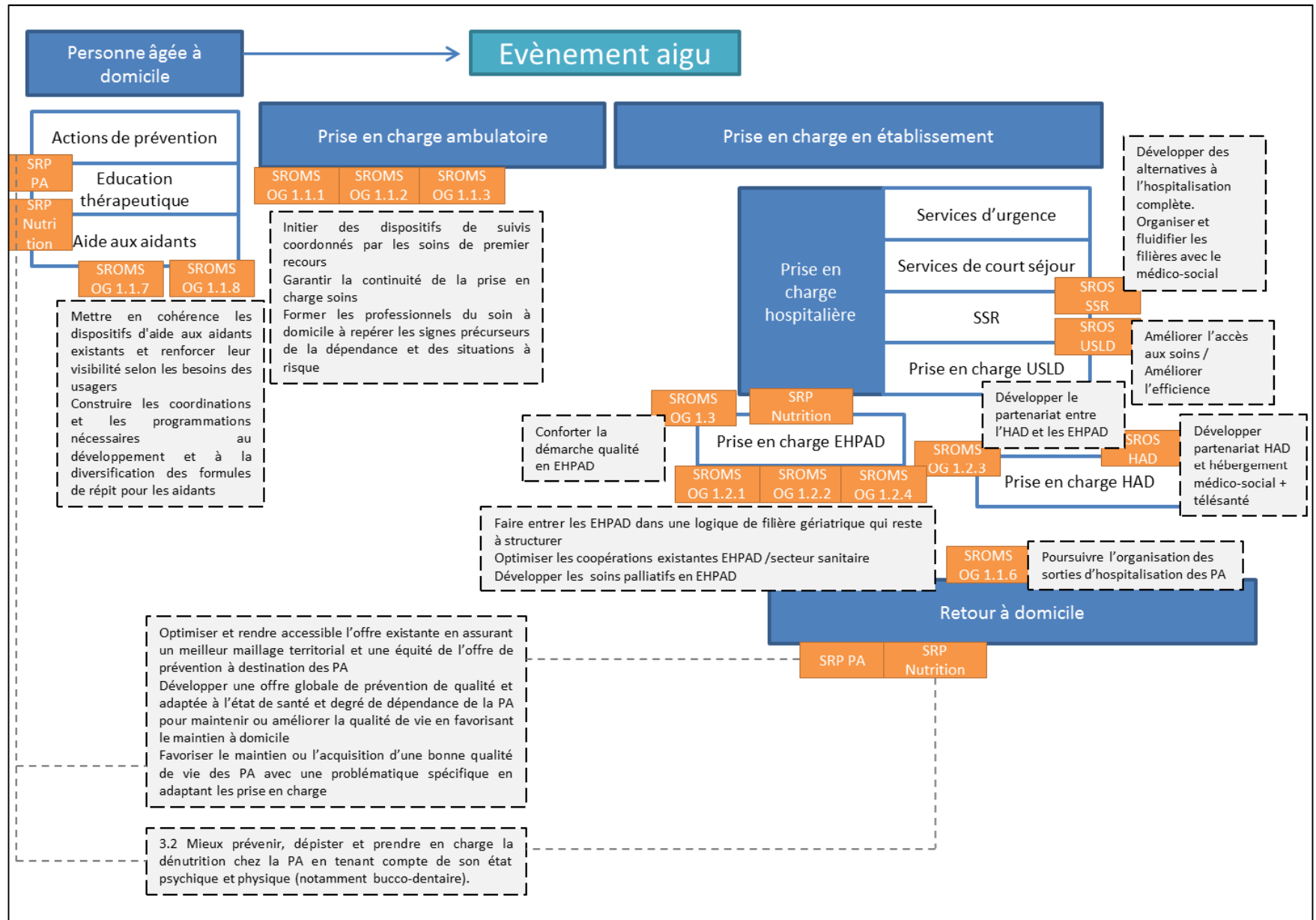
Les deux schémas suivants positionnent les objectifs spécifiques repérés dans chacun des PRS dans le parcours de santé des personnes âgées. Ces objectifs spécifiques couvrent l'ensemble des segments du parcours.

OBJECTIFS	Documents sources / objectifs spécifiques	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
1. Privilégier et optimiser le maintien à domicile des personnes âgées	SRP OG 7 SROS HAD OG 8 SROMS OG 18 / 19 / 20 / 22	SRP PA OG 1 / OG 2 / OG 3 SRP Nutrition SROS SSR 3.1 SROMS OG 1.1
2. Renforcer la coordination des professionnels autour de la personne âgée en EHPAD et améliorer la qualité de prise en charge	SROMS OG 18 / 20 / 23	SROS HAD 3.2 / 3.6 SROMS OG 1.2 / 1.3 / 1.4
3. Limiter les hospitalisations en urgence et poursuivre l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées	SROS SSR OG 3 SROS USLD OG 4 SROMS OG 21	SROS HAD 3.1 SROS SSR 3.2 SROS USLD SROMS 1.1.6

Objectifs spécifiques relatifs au parcours des personnes âgées dans le PRS Bourgogne



Objectifs spécifiques relatifs au parcours des personnes âgées dans le PRS Franche-Comté



Pour chacun des 3 objectifs généraux les chapitres suivants examinent les leviers et modalités d'action envisagés dans chacun des PRS et les actions effectivement réalisées sur la période 2012-2016.

La lecture méthodologique adoptée autour des points de rupture des personnes âgées nous amène à une analyse du parcours à partir d'un ensemble de dispositifs et d'expérimentations, qui se positionnent pour certains à différentes étapes du parcours.

18 expérimentations ont été lancées depuis 2012 pour améliorer le parcours des personnes âgées en Bourgogne Franche-Comté.

- 13 dans le cadre des expérimentations « article 70⁴³ » dans les 4 départements bourguignons,
- 4 dans le cadre d'appels à projets locaux dans les départements de Franche-Comté (PSPA : Parcours de santé des personnes âgées),
- 1 en pays Bourgogne-Nivernaise dans le cadre de PAERPA⁴⁴ (Personnes Agées en risque de Perte d'Autonomie).

Ces expérimentations, spécifiquement construites dans une approche « parcours », apparaissent mécaniquement à plusieurs reprises au cours de notre développement. Pour plus de visibilité et de clarté, ces dispositifs font l'objet d'un code couleur spécifique : **PAERPA, ARTICLE 70, PSPA**

Les actions de prévention développées auprès des personnes âgées sont présentées dans :

- l'objectif 1 - Levier d'action 1.1 « Développer des actions de prévention de proximité auprès des PA (promotion de la santé / éducation thérapeutique) ».
- l'objectif 2 – Levier d'action 2.1 « Promouvoir la prévention en EHPAD de la perte d'autonomie des PA ».

⁴³ L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 propose des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2)

⁴⁴ Le Paerpa, parcours de santé des aînés, est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

• OBJECTIF 1 : PRIVILEGIER ET OPTIMISER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

Les leviers d'action envisagés pour maintenir les personnes âgées (PA) à domicile sont les suivants :

1.1 Développer des actions de prévention de proximité auprès des PA (promotion de la santé / éducation thérapeutique)

1.2 Développer l'aide aux aidants et diversifier les formules de répit

1.3 Assurer une bonne articulation et le partage des informations entre l'ensemble des intervenants autour de la personne âgée à domicile

1.4 Repérer les signes précurseurs des situations à risque (anticipation de l'évènement aigu)

Pour chaque levier d'action, nous avons repéré les modalités envisagées dans les PRS et mis en regard les réalisations effectives sur la période.

Levier d'action 1.1 : Développer des actions de prévention de proximité auprès des PA

La prévention de la perte d'autonomie des personnes à leur domicile constitue l'une des portes d'entrée dans la démarche parcours. Le travail d'identification des points de rupture pointait deux écueils majeurs : le manque de proximité des actions de prévention d'une part, d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées d'autre part.

- **En Bourgogne le programme Prévention Senior est monté en puissance** : le SRP prévoyait que ce programme devienne le support privilégié des actions de prévention, avec l'objectif de doubler le nombre de PA à domicile ayant bénéficié d'au moins deux modules de prévention. On peut faire le constat d'une nette augmentation entre 2012 et 2015 du nombre de participants aux modules de prévention (+ 37% ; 2 704 en 2015), comme du nombre de modules de (+44%). Le programme attire de nouveaux publics tout en les fidélisant sur d'autres thématiques contribuant ainsi à la dynamique de parcours.

- En Franche-Comté, le programme PAPA (préservation de l'autonomie des personnes âgées) offre un meilleur maillage territorial : organisé en 8 modules, déployé via 36 porteurs de projets / 69 prestations aux multiples formats, il se caractérise par la variété et la diversité de l'offre. Environ **200 actions** ont été mises en œuvre chaque année en direction de **plus de 4 000 personnes** (4467 en 2014) et à différente échelles (régionale / départementale / infra départementale) avec le développement d'actions spécifiques dans les contrats locaux de santé (CLS). Dans chaque département un coordonnateur du programme est chargé d'identifier des « zones blanches » et d'inciter les promoteurs à y déployer des actions. La diversité vise notamment à s'adapter au degré d'autonomie des publics.

Levier d'action 1.2 : Développer l'aide aux aidants et diversifier les formules de répit

Le maintien à domicile repose principalement sur les proches « aidants », même en présence d'accompagnants professionnels. Acteurs invisibles du maintien à domicile, il est impératif d'éviter leur isolement et leur épuisement.

Les réalisations communes aux deux régions

- **Développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire en EHPAD** (mise en conformité avec la circulaire du 25 février 2010) qui a consolidé l'offre de répit :
 - o Bourgogne. Hébergement temporaire en EHPAD : + 16,35 % en 4 ans ; accueil de jour et EHPAD : +7% en 4 ans.
 - o Franche Comté. Hébergement temporaire en EHPAD : +32% en 4 ans ; accueil de jour en EHPAD : +21% en 4 ans.
- **Mise en place des plateformes de répit** (PFR) prévues dans le cadre du Plan Alzheimer (1 PFR par département), qui ont contribué à la diversification des formules de répit.

Les réalisations en Franche Comté

- **Priorité stratégique du PRS, l'aide aux aidants** a pour premier axe la **modélisation d'un « parcours aidant »** selon la pathologie de l'aidé. Une enquête régionale a permis de recenser l'offre et les actions existantes ; un

document ressource pointe **les freins et risques de rupture** dans le parcours de l'aidant.

- **Le programme de prévention PAPA inclut l'aide aux aidants avec une vingtaine d'actions par an** (conférences-débats, spectacles interactifs, halte répit, activités/journées en couple, accompagnement psychologique, suivis individualisés, etc.). **D'autres actions se déclinent selon les populations ciblées :**

- o Formation/sensibilisation des aidants de malades d'Alzheimer (+ de 300 aidants formés, cf. Plan Alzheimer).
- o Groupes de parole pour aidants de malades de Parkinson
- o Mise en place de 5 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) au sein des SSIAD (8 ESA sur l'ensemble du territoire).
- Mise en œuvre d'une expérimentation Baluchonnage⁴⁵ sur le Centre Hospitalier d'Arbois fin 2013.
- **Mise œuvre progressive d'une coordination régionale** en matière d'aide aux aidants via des rencontres entre les responsables du programme PAPA, les copilotes MAIA⁴⁶, les coordonnateurs PFR et animateurs territoriaux ARS. Plusieurs rencontres régionales sur des thématiques précises (nouvelles technologies, suicide, journée nationale de l'aidant...) ont été organisées pour sensibiliser les aidants.

Les réalisations en Bourgogne

- Plusieurs **expérimentations innovantes** ont vu le jour, avec l'objectif de diversifier les formules de répit :
 - o Sessions de formation en 2013 avec les bénévoles de l'association JALMAV (40 personnes formées) ;
 - o Accueil de jour itinérant (départements Yonne et Côte d'or) ;

⁴⁵ Le « baluchonnage », concept proposé au Québec, offre une solution de remplacement 24h/24 de l'aidant, au domicile de la personne aidée, par un professionnel qualifié et pour une durée pouvant aller de 3 heures à 3 jours. Ainsi l'aidant part se reposer avec son baluchon et le professionnel vient s'installer à domicile avec son baluchon.

⁴⁶ Les MAIA sont des dispositifs expérimentés dans un premier temps dans le cadre du plan Alzheimer mais qui, dès 2011 suite à une évaluation favorable, sont entrées dans le droit commun et bénéficient aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. L'acronyme aujourd'hui signifie : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

- Lieux d'échanges pour les aidants (« bistrot » des aidants, café Alzheimer, séjours vacances, halte répit...);
- Expérimentation Baluchonnage en Côte d'Or d'avril à octobre 2012. L'extension régionale de ce dispositif est actuellement en cours (« Le Baluchon Bourguignon »).
- Une campagne de communication à destination du grand public et des professionnels de santé a été menée de 2011 à 2013.

Levier d'action 1.3 : Assurer une bonne articulation et le partage des informations entre l'ensemble des intervenants autour de la personne âgée à domicile

La coordination entre professionnels intervenants autour de la personne âgée à domicile est l'un des axes majeurs des orientations nationales récentes en matière de vieillissement.

Le PRS Bourgogne vise un meilleur maillage territorial des structures de coordination et la mise en place d'un dossier de suivi partagé.

- **Le référentiel de l'exercice coordonné est un outil structurant** pour les professionnels soucieux d'intégrer ou de constituer une structure d'exercice coordonné. Le volet ambulatoire du SROS pose le travail en équipe pluri-professionnelle comme levier prioritaire du renforcement de l'offre de soins de 1er recours. Le référentiel, qui ne comporte pas d'approche spécifique pour les personnes âgées, fait l'état des lieux des structures de coordination et des procédures de soutien de l'ARS. **Il incite ces structures à mettre en place un système d'information** et recense l'offre progicelle.
- L'ARS Bourgogne s'est appuyé sur ce référentiel méthodologique pour **renforcer les structures existantes et encourager les créations.**
- **L'ARS a soutenu la coordination entre professionnels de SAD et SSIAD, par la création de 6 SPASAD** (services polyvalents d'aide et de soins à domicile), précédant le projet de loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (déc. 2015) qui prévoit l'expérimentation de SPASAD.
- **Une étude (2014) a été engagée pour optimiser le maillage territorial des SSIAD** à la fois pour rendre plus lisible l'offre existante, et pour optimiser les capacités. Cette étude avait été précédée d'une augmentation du nombre de places de SSIAD (+2% entre 2012 et 2014, soit 75 places).

- **À partir de 2014, l'expérimentation PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie)**, inclut 2 structures : la Coordination Clinique de Proximité (CCP) et la Coordination territoriale d'appui (CTA). Développée sur le territoire pilote de la Bourgogne nivernaise, elle **a permis de développer une série d'outils.**

- Au démarrage, la coordination des professionnels s'est articulée autour d'un outil spécifique : le PPS (**plan personnalisé de santé**) dont l'appropriation par les professionnels est perçue comme l'une des **principales réussites de l'expérimentation.** La **sécurisation du système d'information** était une condition de son appropriation.
- **L'extension des outils ROR** (Répertoire Opérationnel des Ressources) et **Viatrajectoire** sur le territoire spécifique **PAERPA** donne une **meilleure lisibilité de l'information à l'usage des professionnels** (9 980 connexions au ROR sur le seul dernier trimestre 2015).

Les actions prévues dans l'expérimentation ne sont pas toutes mises en œuvre à ce stade; notons qu'une évaluation nationale de l'expérimentation **PAERPA** sera menée au second semestre 2016.

- L'ARS Bourgogne a soutenu et accompagné le **développement des « expérimentations ARTICLE 70 »** engagées par la Haute Autorité de Santé au niveau national (HAS) portant sur de **nouveaux modes d'organisation pour améliorer les prises en charge des PA.** 13 projets ont été soutenus (2 au niveau national, 10 au niveau régional via un financement ARS de 50 000 €). Chacun des projets s'est positionné sur un point de rupture dans le parcours de santé des PA. Ils ont participé au **renforcement des pratiques de coopération** entre professionnels. Notons que le renforcement du système d'information est considéré comme l'une des stratégies nécessaires par la HAS pour coordonner les parcours de soins dans le cadre de ces expérimentations.

En Franche-Comté, le PRS a pour objectif d'initier des dispositifs de suivis coordonnés par les soins de proximité.

- Trois **expérimentations de rapprochement entre aide et soin** dans une perspective de création de **SPASAD** intégrés ont été menées dans le Doubs.
- **L'ARS a engagé une étude autour de l'organisation du temps soignant au sein des structures SSIAD**, visant à dégager et partager les bonnes pratiques, particulièrement pour ce qui relève des temps spécifiques de

transmission (en interne) et de **coordination** avec les partenaires (HAD, infirmiers libéraux, SAAD).

- La création d'un **réseau d'infirmiers coordonnateurs (IDEC) en SSIAD**, qui permet les échanges de bonnes pratiques et le partage d'informations participe à cette démarche d'articulation entre professionnels.

- **Un programme spécifique PSPA (parcours de santé des personnes âgées) a été mise en œuvre sur 4 territoires d'expérimentation.** La candidature de l'ARS Franche-Comté à l'expérimentation PAERPA n'ayant pas été retenue, l'ARS a développé le programme spécifique **PSPA** :

- o Un diagnostic autour des points de rupture dans les parcours de santé des personnes âgées a été réalisé ; il a servi de base au lancement de l'appel à projets **PSPA**.
- o Différentes dans leur déclinaison opérationnelle, les 4 expérimentations visent à **structurer la coordination des acteurs** (en amont, en phase aigüe et en aval d'hospitalisation). Le dispositif prévoit d'organiser, au domicile et sur le territoire de proximité, la prise en charge dans ses composantes santé, médico-sociale et sociale en favorisant une meilleure coordination de tous les professionnels et de l'entourage.
- o Des **réunions de concertation autour des situations difficiles** sont installées avec les médecins de ville, les IDE, les associations intervenant au domicile, les travailleurs sociaux du Pôle Handicap et dépendance (PHD) et de la Maison de l'Autonomie (MAIA).
- o Dans ces territoires d'expérimentation, l'entrée dans le dispositif s'appuie sur **la grille SEGA** qui permet d'évaluer le profil gériatrique et la vulnérabilité sociale de la personne âgée. L'évaluation du dispositif montre son **utilisation quasi systématique** (1 199 entrées, 98% de grilles remplies).

- En revanche, le **Dossier Médical Partagé (DMP) a été peu mis en œuvre** (18% de DMP engagés). La réticence de certains professionnels et l'hétérogénéité des systèmes d'information seraient les principaux freins au déploiement de cet outil.

- Une **étude prospective relative à l'organisation des structures de coordination** dédiées au parcours de santé des personnes âgées a produit un état des lieux (mars 2016) comprenant une fiche par structure qui inclut une synthèse des points forts et points d'amélioration. Outre les 4 expérimentations spécifiques **PSPA**, l'étude inclut le réseau gérontologique

de Baume-les-Dames, le réseau gérontologique bisontin, la MAIA Franche-Comté, ARESPA et l'équipe mobile de gérontologie de Pontarlier.

Levier d'action 1.4 : Repérer les signes précurseurs des situations à risque

Le repérage des publics fragilisés directement sur leur lieu de vie est un enjeu majeur en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. La promotion d'une culture de la prévention auprès des professionnels intervenant à leur domicile est un moyen d'action privilégié aussi bien en Bourgogne qu'en Franche-Comté.

Les réalisations en Bourgogne

- Des **consultations de repérage des troubles cognitifs** pour les PA sont expérimentées dans le cadre du dispositif Asalée (action de santé libérale en équipe) en lien avec certains sites d'exercice regroupés.

- Les professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile bénéficient d'une **action générale de formation** dispensée par l'association CRESAD ;

- Plusieurs réalisations spécifiques ont été menées dans le cadre du **PAERPA** :

- o Renforcement de **l'offre de prévention bucco-dentaire** à domicile (Action 27) : Au 31/12/2015, 4 sessions d'une journée ont été programmées à destination des SSAD et SSIAD.
- o **Formation à destination des services à domicile** / Former au repérage précoce de la dépression (Action 34) : appel à projet pour 33 places de formation ; 2 sessions prévues pour 32 inscrits.
- o **Formation à destination des professionnels de santé de ville** : 16 professionnels formés en 2015 (6 IDEL, 6 médecins généralistes, 4 pharmaciens), 3 sessions au premier trimestre 2016.
- o **L'intervention d'un ergothérapeute au domicile** de la personne âgée pour évaluer les besoins d'adaptation du logement est en voie d'expérimentation

Les réalisations en Franche-Comté

- Dans le cadre du programme PAPA, selon les approches thématiques, **une pluralité d'actions** a été directement déclinée à **destination des professionnels de santé**.
- L'axe 2 du CPOM GIE IMPA chargé du développement du programme PAPA prévoyait d'engager une réflexion pour expérimenter une démarche de bilan/suivi bucco-dentaire à destination des PA fragilisées à domicile, qui n'a pu être mise en œuvre à ce jour.
- Dans le cadre du **PSPA** Franche-Comté, des **solutions domotiques innovantes** ont été développées sur 3 champs spécifiques : la prévention des chutes via les chemins lumineux et les patchs détecteurs de chute ; la iatrogénie médicamenteuse via un pilulier intelligent ; la dénutrition via des balances « communicantes ».

• **OBJECTIF 2 : RENFORCER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS AUTOUR DE LA PERSONNE AGÉE EN EHPAD ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE**

2.1 Promouvoir la prévention en EHPAD de la perte d'autonomie des PA

2.2 Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD

2.3 Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées et promouvoir la bientraitance

2.4 Consolider l'offre d'accueil en EHPAD

Levier d'action 2.1 : Promouvoir la prévention en EHPAD de la perte d'autonomie des PA

Comme à domicile, **les actions de prévention en EHPAD constituent une porte d'entrée vers les personnes âgées dans le cadre du parcours.**

En Bourgogne, l'objectif de développer la prévention dans les établissements accueillant des personnes âgées a donné naissance au programme OMEGAH (Objectif Mieux Être Grand Âge Hébergement) :

- Jusqu'ici expérimentale, **la prévention au sein des établissements s'est systématisée via la mise en œuvre du programme OMEGAH** coordonné par le Pôle de Gériatrie interrégional, qui vise à répondre au manque de proximité des actions de prévention. **En février 2016, près de la moitié des EHPAD bourguignons étaient déclarés inscrits au programme.**
- L'objectif général du programme OMEGAH (Cf. CPOM 2013-2018) est de « préserver la qualité de vie et de limiter les incapacités liées au grand âge afin de ralentir la perte d'autonomie des PA hébergées en établissement ». Il se positionne donc en amont du système de soins et comporte plusieurs modules : mémoire ; équilibre ; alimentation ; hygiène bucco-dentaire. Le nombre de modules déployés depuis le début du programme est inférieur aux objectifs du CPOM, ce qui s'explique par **un décalage (retard ?) dans le calendrier de déploiement**. Le premier module « La Vie à pleines dents, longtemps » a démarré dès février 2014 et l'ensemble des objectifs annuels ont été atteints en 2014 et 2015. Selon les modules, des membres du personnel des EHPAD peuvent être formés à l'animation du module lors de sessions de formation de 2 à 4 jours ou sensibilisés aux problématiques liées à la thématique lors de séances de sensibilisation de 2 heures.

En Franche-Comté, l'objectif de soutenir une dynamique de prévention dans les EHPAD

- **La systématisation d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD (Cf. action phare)**. Expérimenté sur proposition de la Mutualité Française Franche-Comté au sein des établissements mutualistes, ce bilan s'est progressivement généralisé : **fin 2016 tous les EHPAD franc-comtois auront généralisé cette pratique**. A son démarrage, cette action s'appuyait sur un mode de financement multi partenarial : 1 000 € par EHPAD attribués par l'ARS pour l'achat du matériel mis à disposition des chirurgiens-dentistes et l'acte de bilan réalisé à l'EHPAD au chevet du résident par les chirurgiens-dentistes volontaires rémunéré à hauteur de 40 € versés par la Mutualité pour les 5 établissements mutualistes et par l'ARS (35 €) et l'URPS des chirurgiens-dentistes (5€) pour les 2 autres établissements.

Levier d'action 2.2 : Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD

Depuis 2012, les ARS Bourgogne et Franche-Comté ont engagé auprès des EHPAD des **protocoles d'incitation à la coopération et au partenariat** notamment à la diffusion d'objectifs au sein des CPOM.

En Bourgogne

- **La coordination du parcours de soins en EHPAD s'appuie sur le renforcement du rôle de médecin coordonnateur.** L'ARS Bourgogne a inscrit dans son protocole de coopération avec les 4 Conseils Départementaux l'organisation de 2 formations annuelles PATHOS régionales et une formation AGGIR à destination des médecins coordonnateurs et des cadres infirmiers des ESMS pour structurer progressivement un réseau de professionnels médecins coordonnateurs et harmoniser les pratiques dans la prise en charge « d'états pathologique » de la personne âgée via la diffusion d'un thésaurus de soins adaptés à chacun de ces états. L'indicateur retenu dans le SROMS (bien que non renseigné), illustre la volonté d'inscrire les EHPAD dans une logique de coopération («Nombre d'EHPAD ayant un objectif de développer les coopérations, les mutualisations, dans leur CPOM ») ;
- **L'amélioration de la connaissance des lits disponibles et de la gestion des listes d'attente** pour l'entrée en EHPAD résulte du travail commun développé entre l'ARS, les 4 Conseils Départementaux, les 4 MDPH et le GCS e-santé **autour des outils Viatrajectoire et ROR** (répertoire opérationnel des ressources permettant de connaître les lits et les personnels).

En Franche-Comté, la coordination dans le parcours de soins en EHPAD est construite autour du partenariat entre les EHPAD et les Centres hospitaliers.

L'objectif du PRS de faire entrer les EHPAD dans une logique de « filière gériatrique » s'est matérialisée à travers deux grands chantiers structurant :

- **Des conventions ont été signées entre la majorité des EHPAD et centres hospitaliers** : leur coopération est vivement encouragée notamment pour les soins palliatifs, afin que les équipes mobiles puissent venir en appui aux équipes soignantes des EHPAD. **L'effectivité de ces conventions reste néanmoins à renforcer.**
- Des réunions de présentation des structures d'HAD auprès des responsables d'EHPAD ont été organisées pour encourager le recours à la prescription HAD, mais la mise en œuvre opérationnelle des partenariats a

été freinée par des critères d'inclusion en HAD inadaptés aux publics des EHPAD. En Bourgogne, l'axe 30 du **PAERPA** « Optimiser le recours à l'HAD dans les EHPAD » n'a pas été mis en œuvre pour les mêmes raisons.

Levier d'action 2.3 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées et promouvoir la bientraitance

Dans les 2 PRS, la promotion de la bientraitance est un enjeu fort dans le parcours de santé des personnes âgées. **Elle s'entend aussi bien à domicile qu'en établissement.**

En Bourgogne comme en Franche Comté, le renforcement des démarches qualité a été entrepris à travers :

- **La mise en conformité avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.** En novembre 2015, tous les EHPAD (sur les deux régions) avaient réalisé l'évaluation interne exigée et la quasi-totalité l'évaluation externe (99% en Bourgogne ; 92% en Franche-Comté).
- **Des inspections régulières :** En Bourgogne 12 à 15 établissements ont été contrôlés chaque année ; en Franche-Comté, tous les EHPAD ont été inspectés entre 2011 et 2014.

En Bourgogne

- Des objectifs de **formation et de qualification des personnels en EHPAD** ont été systématiquement inscrits dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et les Conventions Tripartites Pluriannuelles (CTP)
- Un appel à projets initié en 2013 et déployé en 2014 dans le cadre du Programme Régional de Télémédecine a permis **la mise en œuvre de téléconsultations** en gériatrie, cardiologie et dermatologie dans 29 EHPAD

En Franche-Comté

- **La mise en place dès 2012 d'une Équipe mobile Qualité interdisciplinaire par le Réqua** (près de 100 établissements membres) a permis d'enclencher une démarche d'amélioration continue de la qualité des services offerts aux usagers.
- L'ARS a engagé une démarche personnalisée d'accompagnement au changement au sein des établissements volontaires : une trentaine d'EHPAD ont ainsi participé à un **programme expérimental d'appui sur le temps de travail des soignants.**

Levier d'action 2.4 : Consolider l'offre d'accueil en EHPAD

Dans les 2 régions l'offre d'accueil en EHPAD a été consolidée par :

- **La création d'unités adaptées pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.** Le développement des entités PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) et UHR (Unités d'Hébergement renforcées) prévues par le Plan Alzheimer a permis d'adapter les réponses en établissement aux troubles des personnes âgées. 28 entités PASA et 8 UHR ont été créés en Bourgogne, nous ne disposons pas de cette information pour la Franche-Comté.
- La création de nouvelles places en établissement : 154 en Bourgogne ; 627 en Franche Comté.

• OBJECTIF 3 : LIMITER LES HOSPITALISATIONS EN URGENCE ET POURSUIVRE L'ORGANISATION DES SORTIES D'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES

Les leviers d'action envisagés dans les 2 PRS sont :

3.1 Limiter l'hospitalisation en urgence des personnes âgées

3.2 Fluidifier les filières de prise en charge sanitaire autour des personnes âgées

3.3 Favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées

Levier d'action 3.1 : Limiter l'hospitalisation en urgence des personnes âgées

Le recours systématique aux urgences est l'un des points de rupture identifiés dans le parcours de santé des personnes âgées. Différentes voies ont été explorées dans les deux régions pour développer des alternatives à l'hospitalisation et limiter le recours aux urgences.

En Bourgogne comme en Franche Comté, le développement des structures PASA et UHR (Cf. levier d'action 2.4) et le développement d'alternatives à l'hospitalisation dans le cadre des expérimentations **PAERPA** et **PSPA** ont permis la prise en charge hors-urgence de certains publics :

- **Le développement des formules souples d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en EHPAD ainsi que le déploiement des structures PASA et UHR** dans le cadre du Plan Alzheimer ont permis d'assurer certaines prises en charge spécifiques, notamment de patients présentant un stade avancé de la maladie, s'accompagnant de troubles sévères du comportement et ne permettant pas une prise en charge dans une autre structure.
- Les places **d'alternative à l'hospitalisation proposées en EHPAD** dans le cadre du **PSPA** franc-comtois pour les personnes âgées dont l'aidant vient à être momentanément inopérant ont également contribué à une prise en charge hors-urgence.
- **Le renforcement de l'accueil de jour dans le cadre du PAERPA** (action 29 – appel à projets en cours finalisation) participe à cette même dynamique.

En Bourgogne

- **La médicalisation des EHPAD a permis d'accueillir des personnes de plus en plus âgées, dépendantes et poly pathologiques** et d'éviter certains recours à l'hospitalisation. La répartition des crédits de médicalisation nécessite un important travail d'analyse des besoins en soins des établissements. Selon ces besoins la médicalisation des EHPAD prend différentes formes : outillage des médecins en logiciels et didacticiels ou renforcement en ETP (aide-soignant, aide médico psychologique, IDE...).
- **69 Conventions tripartites** entre les établissements, l'ARS et les Conseils Départementaux ont été actualisées entre 2012 et 2014.
- Le développement de l'outil **Viatrajectoire** a permis d'accélérer la prise en charge des usagers au sein de structures sanitaires ou médico-sociales adaptées à l'état du patient. Nos interlocuteurs font le constat d'une réponse plus rapide aux demandes et d'une **orientation plus adaptée** aux besoins de la personne âgée, qui contribue à limiter le recours systématique aux urgences. Son déploiement au territoire de la nouvelle région est en cours.

- **Une étude sur les admissions évitables en provenance d'EHPAD**, a été réalisée par le Pôle Gérontologique Interrégional visant à identifier les causes des admissions non pertinentes. Elle a permis de formuler 6 recommandations :

- **Favoriser la coordination entre CH et EHPAD sur le territoire de proximité.** Au-delà des conventions de coopération, l'étude recommande le développement d'outils de liaison entre les personnels d'EHPAD et les personnels hospitaliers. Il est préconisé : le renforcement des interventions des EMG et de soins palliatifs dans les EHPAD. Celui-ci a été limité par la difficulté à constituer des équipes par manque de gériatres, et l'insuffisance de formation en gériatrie de certains personnels de soins. L'intensification des formations en gériatrie et soins palliatifs des équipes soignantes est un enjeu fort dans les futures coopérations EHPAD – CH.
- **Favoriser la mise en œuvre de l'HAD en EHPAD sur le territoire de proximité.** Les prescriptions en HAD sont souvent inadaptées à la spécificité des patients en EHPAD. Le renforcement des partenariats HAD-EHPAD passe dans un premier temps par une meilleure communication de proximité auprès du personnel soignant de l'EHPAD et des médecins libéraux.
- **Favoriser la continuité et la permanence des soins sur le territoire de proximité**, qui doivent être définis de façon pragmatique sur chaque secteur. Une astreinte mutualisée d'IDE a été mise en place en 2015 dans le cadre du **PAERPA** (action 25), l'objectif de cette expérimentation étant bien de mettre en place des protocoles internes spécifiques conciliant à la fois les directives du médecin coordonnateur et les actes techniques des IDE libérales.
- **Élaborer des protocoles de soins accessibles au personnel soignant de l'EHPAD.** De nombreux EHPAD ont travaillé à l'élaboration d'une fiche à destination des infirmières en cas de situation d'urgence (fiche pratique pour chaque type de symptômes, de facteurs alarmants etc.). Si les outils existent, il s'agit désormais d'en assurer une diffusion et une appropriation la plus efficace possible à l'échelle de chaque territoire.
- **Favoriser sur chaque territoire de proximité l'accès des EHPAD au plateau technique.** Les modalités d'accès aux plateaux radiologiques hospitaliers (en particulier dans le cadre des chutes et contusions sévères) seront à définir en priorité.

- **Favoriser l'accès à la Télémédecine.** Les liens entre EHPAD et médecine de ville pour l'accès à certains types de soins pourront être développés selon de nouvelles modalités et de nouveaux outils. [Cf. plateforme Eticss]
- Les expérimentations **ARTICLE 70** ont conduit à l'installation d'**instances et outils de coopération pour gérer les situations de crise et éviter les hospitalisations**. L'évaluation des 2 expérimentations retenues au niveau national produite par la HAS relève, en matière de réalisation :
 - Une protocolisation des alertes lorsque survient l'évènement aigu
 - Une réalisation simultanée des évaluations gériatriques standardisées et du dossier APA dans les situations d'urgence,
 - Une mutualisation des aides au maintien à domicile
 - L'intervention rapide de l'ergothérapeute,
 - Des actions de préparation à l'entrée en institution et le développement de nouveaux services en partenariat avec les EHPAD.

Nous n'avons pas eu accès aux rapports d'activité de chaque site expérimentateur et ne sommes pas en mesure d'apprécier la réduction des hospitalisations/urgences.

En Franche-Comté

Le travail autour des hospitalisations évitables est l'une des composantes principales du programme PSPA.

L'étude relative à l'organisation des structures de coordination (Alcimed, mars 2016) relève pour les 4 expérimentations un travail autour de 3 leviers spécifiques :

- Avis d'expertise pour améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers ;
- Anticipation/préparation amont des hospitalisations en et hors urgence : hospitalisations programmées ou directes, promotion des alternatives à l'hospitalisation ;
- Appui aux entrées directes en court séjour gériatrique ou en SSR.

Levier d'action 3.2 : Fluidifier les filières de prise en charge sanitaire autour de la personne âgée

La fluidité des filières de prise en charge sanitaire est une thématique récurrente du SROS. Plusieurs objectifs spécifiques, répartis entre le SROS HAD, le SROS SSR et le SROS USLD s'y rattachent :

- Continuer à promouvoir la prise en charge en HAD (Bourgogne, SROS HAD) / Information des structures d'amont (Franche Comté, SROS HAD) ;
- Améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation avec le médico-social (Bourgogne, SROS SSR) / Organiser et fluidifier les filières avec le médico-social (Franche-Comté, SROS SSR) ;
- Organisation de l'accueil des populations spécifiques (Bourgogne, SROS USLD) / Amélioration de l'accès aux soins (Franche-Comté, SROS USLD).

En Bourgogne

La structuration d'une filière gériatrique hospitalière a englobé ces 3 objectifs dans une même démarche :

- Suite à l'identification des points de rupture, l'ARS a défini la réactivation **des filières gériatriques** comme l'un des axes de travail structurants du parcours personnes âgées ;
- L'organisation des travaux, confiée au professeur Pierre Jouanny, s'est structurée autour d'une instance régionale de gériatrie, installée en décembre 2014, postérieurement à la restitution du rapport sur la filière gériatrique par le docteur Sylvie Rossignol. Les **préconisations de restructuration de la filière gériatrique ont été présentées à l'ensemble des acteurs** en décembre 2015.
- **Le territoire retenu pour la constitution d'une filière gériatrique est celui des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)**, prévus par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, soit 6 territoires pour la Bourgogne. Cette échelle est jugée appropriée et pertinente. La mise en œuvre opérationnelle des préconisations présentées en décembre 2015 est actuellement en cours de déploiement dans les 6 GHT avec un avancement inégal pour différentes raisons :

- En Côte d'Or, la présence du CHU sur le territoire du GHT freine le processus de structuration, en raison d'une peur « d'absorption » ressentie par les autres centres hospitaliers. Si le CHU possède un rôle moteur dans le domaine de la gériatrie bourguignonne (notamment en matière de formation pour les futurs praticiens et soignants), le sentiment de déséquilibre à l'échelle du GHT risque de compliquer le processus de structuration de la filière sur le territoire.
 - Le manque de cohérence entre les systèmes d'information des différents établissements a pu constituer un premier frein en matière de structuration.
 - Ce processus demeure très dépendant de la disponibilité des gériatres. Il s'agit bien d'un service de spécialité (et non d'un service annexe), d'où la nécessité de recourir à des gériatres (ce qui n'est pas forcément évident compte tenu de la démographie médicale). Le manque de compétences spécifiques en gériatrie (domaine très spécialisé) des autres professionnels de médecine accentue cette dépendance à l'expertise des gériatres.
- L'enjeu principal autour de cette structuration (Cf. rapport Jouanny) est la mise en place de pôles de gériatres sur les GHT (un groupe de gériatres pour tous les établissements). Le constat de départ est le suivant : tous les établissements ne sont pas dotés d'un environnement adapté pour accueillir un service de médecine gériatrique. Les établissements du territoire qui ne peuvent accueillir un service de médecine gériatrique doivent pouvoir proposer des alternatives de prises en charge de proximité, consultations et/ou hospitalisations de jour dans leurs locaux, avec leur personnel pour partie. Un soutien via les EMG ou des « délocalisations » d'équipes ou parties d'équipes de l'établissement pivot de la CHT/GHT doit être apporté. Deux écueils ont été relevés :
- Le soutien via les EMG se révèle chronophage (une équipe, c'est à minima 1 gériatre et 1 infirmière). Le manque de compétence spécifique des personnels de soins en gériatrie ne garantit pas une bonne efficacité dans le suivi des consignes à posteriori.
 - La « délocalisation » des équipes pose le problème de leur transport. Cette solution se confronte également au problème de différenciation des tarifs pour les professionnels selon les structures.

La structuration de la filière s'oriente actuellement autour de :

- La mise en œuvre d'une ligne téléphonique afin que les médecins traitants puissent solliciter l'expertise des gériatres (proposer une orientation adaptée et éviter ainsi le passage via les urgences) ;
- Le reformatage des services de médecine gériatrique (prévoir un nombre de lits suffisants) ;
- **La diversification de l'offre disponible** (en hospitalisation de jour notamment).

Le renforcement de la filière gériatrique existante dans le cadre du PAERPA (action 32) prévoit le déploiement d'une EMG mutualisée entre les CH de la Nièvre. Une convention a ainsi été signée en décembre 2015. Nous ne disposons à ce stade d'aucun élément de bilan quant à la mise en œuvre de cette équipe mobile.

En Franche-Comté, il n'existe pas à ce jour de filière gériatrique structurée. Les expérimentations menées dans le cadre du **PSPA** s'inspiraient au départ d'une volonté de constituer un parcours de filière gériatrique. Néanmoins, la mise en œuvre de ces expérimentations s'est éloignée d'une acception trop « hospitalo-centrée » pour s'orienter davantage vers une notion plus globale de parcours de santé ; dans le but d'associer non seulement les professionnels sanitaires mais également les professionnels du maintien à domicile et des EHPAD.

L'articulation entre le sanitaire et le médico-social dans le cadre du parcours s'observe à partir des actions entreprises en matière de promotion de la prise en charge en HAD auprès des EHPAD et à travers la mise en œuvre des conventions CH-EHPAD (Cf. levier d'action 6).

Levier d'action 3.3 : Favoriser la préparation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées

La transition hôpital-domicile est conçue comme l'une des étapes clés dans le parcours de santé des personnes âgées. L'organisation des sorties d'hospitalisation des patients âgés se présente comme le levier d'action indispensable afin de raccourcir les durées d'hospitalisation et d'éviter les réhospitalisations évitables.

En Bourgogne

La sortie d'hospitalisation (et son anticipation) constitue l'une des composantes majeures de l'expérimentation PAERPA :

- La déclinaison d'une offre d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (action 24) a bénéficié à 4 résidents depuis avril 2015.
- L'action 21 (Accompagner la sortie d'hospitalisation) prévoit un renforcement du repérage des PA à risque de ré hospitalisation dans les CH et une procédure de signalement du CH à la coordination clinique de proximité (CCP) via des fiches de liaison. Parallèlement, un appel à candidature a été proposé pour développer l'intervention d'un infirmier au domicile du patient de plus de 75 ans dans les 24h suivant sa sortie d'hospitalisation (visite déclenchée à la demande de l'hôpital) ; et ce afin de faire un point sur sa situation, les risques de ré-hospitalisation (iatrogénie médicamenteuse, chutes, dénutrition, dépression) et de déclencher si nécessaire l'intervention du médecin traitant ou d'un autre professionnel. La mise en place effective de cette procédure devait se décliner au premier trimestre de l'année 2016.
- L'implication de la CCP dans la fluidification de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation prévue dans le cadre de l'action 15 repose sur deux intentions : la généralisation des bonnes pratiques adaptées à l'offre hospitalière (urgence, gériatrie, médecine, SSR) et l'adaptation des protocoles d'échanges et d'outils d'informations.

Idem pour les expérimentations ARTICLE 70. L'évaluation réalisée par la HAS sur 2 de ces expérimentations (Coordination gérontologique Bresse Bourguignonne et Maison de Santé Saint Armand) distingue, pour ce qui relève de la transition hôpital-domicile, deux enjeux spécifiques et recense ainsi les différentes réalisations observées dans le cadre des expérimentations :

- Organiser la sortie :
 - o Maison de Santé Armand : information du médecin traitant en cas d'hospitalisation ; transmission du dossier médical du patient hospitalisé, recensement des entrées directes en urgence (partenariat avec les pompiers et les services d'urgence), transmission d'une synthèse lors de la sortie d'hospitalisation.

- o Coordination gérontologique Bresse Bourguignonne (CG2B) : formalisation d'une procédure permettant d'identifier le rôle de l'assistante sociale du CH, accès aux évaluations pratiquées par le personnel hospitalier et les professionnels de santé dans le dossier patient hôpital, transmission des comptes rendus de visites à domiciles réalisées par l'IDEC au service hospitalier
- Suivre après la sortie :
 - o Maison de Santé Armand : réflexion sur la sortie avec visite infirmière et consultation avec le médecin traitant dans la semaine suivant la sortie, travail sur ordonnance pour éviter le ré hospitalisations ;
 - o Coordination gérontologique Bresse Bourguignonne (CG2B) : réalisation par l'IDEC de l'évaluation des besoins de la PA puis vérification par le biais d'accès informatiques si une prise en charge est existante au titre de l'APA, participation de l'IDEC à la commission d'admission en EHPAD

Au-delà de ces expérimentations, un travail a été mené en partenariat avec le GIE IMPA pour la désignation d'un référent sortie d'hospitalisation dans chaque CH. Cette question a par ailleurs fait l'objet d'une réflexion dans le cadre de l'instance régionale de gériatrie⁴⁷.

En Franche Comté

Une prestation spécifique Sortie d'Hospitalisation est mise en œuvre par le GIE IMPA depuis 2007 : Ce dispositif permet sous certaines conditions de bénéficier d'une évaluation des besoins pour un retour accompagné par des aides à domicile et/ou d'un financement pour des aides techniques.

Le programme PSPA intègre également des prestations spécifiques afin d'organiser la sortie d'hospitalisation des personnes âgées. L'étude relative à l'organisation des structures de coordination (Alcimed, mars

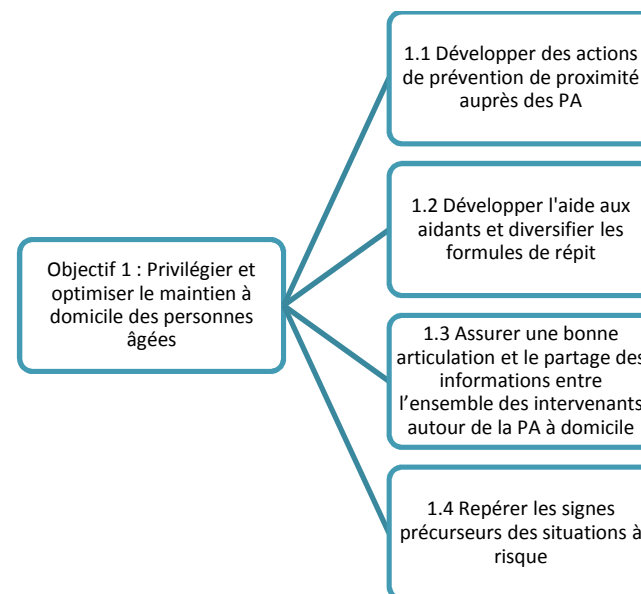
⁴⁷ « Le déficit de professionnels dans les hôpitaux de proximité rend néanmoins difficile ce travail d'anticipation autour du référent. L'anticipation de sortie s'établit la plupart du temps autour de l'assistance sociale. Il faut un service de gériatrie suffisamment structuré. » (cf. entretien Dr Bollotte).

2016) relève pour les 4 expérimentations un travail autour de 2 leviers spécifiques :

- Anticipation des sorties pour réduire les durées moyennes de séjour éviter les ré hospitalisations : mise à disposition de temps de médecin gériatre par le CH créant des conditions facilitant le travail sur les entrées et sorties d'hospitalisation ;
- Préparation précoce des sorties d'hospitalisation ou de courts séjours : mise en place d'un SSIAD d'urgence en sortie d'hospitalisation.

- **BILAN DE LA CONTRIBUTION DES PRS AUX DIFFERENTS OBJECTIFS SUR CETTE PORTE D'ENTREE**

Privilégier et optimiser le maintien à domicile des personnes âgées



Avancées et limites rencontrées

Dans les 2 régions, en matière de prévention au domicile des PA, les réalisations sont conformes aux objectifs respectifs de chaque PRS. Le **PPSS en Bourgogne** est réellement devenu le support privilégié des actions de prévention. En Franche Comté le **programme PAPA** a été déployé pour densifier le maillage territorial et diversifier l'offre. Aujourd'hui ces 2 programmes coexistent avec leur logique respective sur leur territoire d'origine.

Priorité stratégique du PRS, l'intégration de la problématique aidant et des risques de rupture a été plus aboutie en Franche Comté. Les réflexions ont été organisées autour d'une **modélisation du parcours aidant**. Si les objectifs du PRS Bourgogne étaient moins ambitieux, des réalisations intéressantes ont fait progresser cette problématique : diversification de l'offre de répit, expérimentations innovantes (« baluchonnage » en cours de régionalisation). On constate cependant un manque de lisibilité de

L'offre pour le grand public et des améliorations sont attendues sur ce point dans le futur PRS.

La mise en place de réels programmes de formation structurants auprès des professionnels intervenant au domicile se heurte à la spécificité organisationnelle de ces structures et à des réticences managériales.

Perspectives

Plusieurs évolutions en cours vont renforcer le volet aide aux aidants :

- La fusion (2015) du Pôle de Gérontologie Interrégional et de l'Institut Régional du Vieillissement réunira approche médico-sociale et sociologique pour une meilleure prise en compte des besoins de l'aidant.
- De nouvelles plateformes de répit sont prévues dans le cadre du PMND (9 pour la région), cofinancées par l'ARS et les Conseils Départementaux.
- Des travaux conjoints ARS/ Conseils Départementaux sont menés dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.
- La référente PMND à l'ARS était responsable de la priorité stratégique Aide aux Aidants de Franche-Comté, ce qui facilitera la capitalisation de l'expérience.

L'extension de l'expérimentation PAERPA au-delà de la Bourgogne nivernaise et le déploiement du dispositif sur le département du Doubs ont d'ores et déjà été actés pour le second semestre 2016. Cette extension de l'expérimentation PAERPA se rajoute à l'obligation pour l'ARS BFC d'engager :

- l'application du décret portant sur les fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes ;
- la mise en place des plateformes territoriales d'appui. L'ARESPA (Association de Réseau de Santé de Proximité et d'Appui) a ainsi été désignée comme plateforme d'appui pour les 4 territoires franc-comtois. D'où la nécessité sur ce territoire de faire vivre et d'articuler à la fois les expérimentations initiées dans le cadre du PSPA ; l'extension du programme PAERPA sur le département du Doubs ainsi que la mise en place de cette plateforme territoriale d'appui à l'échelle des 4 départements.

L'organisation du parcours de santé des PA à l'échelle de la grande région s'établit dans le cadre d'un projet parcours couvrant l'ensemble des domaines d'activités :

- expérimentations et dispositifs (18 expérimentations ont été lancées depuis 2012)
- organisation des soins
- action médico-sociale en matière d'autonomie
- programmes de prévention à destination des PA.

3 objectifs généraux sont poursuivis dans le cadre du projet :

- **Poursuivre et coordonner les actions d'amélioration de la prise en charge des PA dans le cadre du parcours** (Prévenir et repérer en amont les situations de fragilité, Réduire l'hospitalisation évitable, Structurer l'offre et la rendre lisible, Faciliter la coordination et la coopération des acteurs, Accompagner la PA et ses aidants
- **Favoriser l'approche transversale et complémentaire des actions à mener, tant en interne à l'ARS qu'en externe auprès des partenaires**
- **Capitaliser sur les expérimentations menées en vue de leur généralisation sur le territoire**

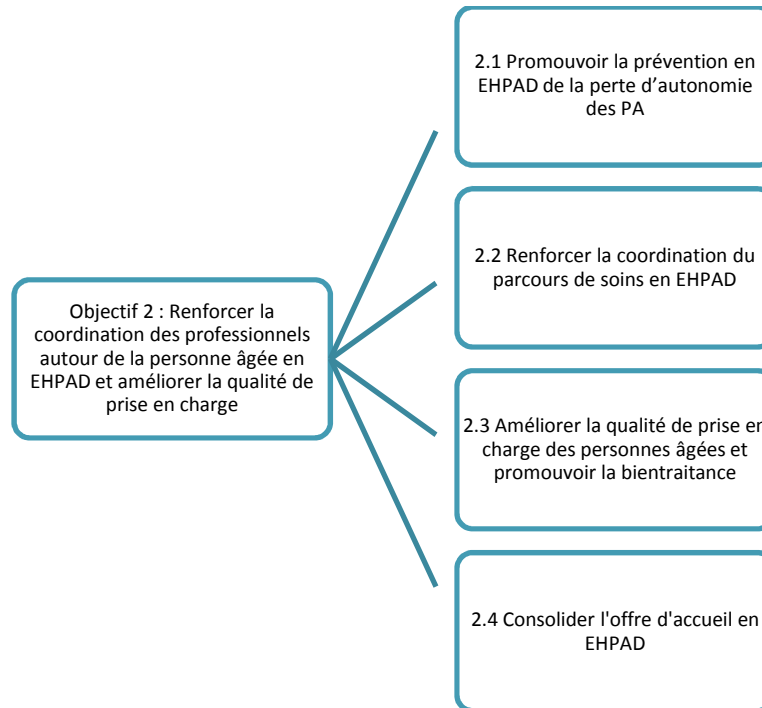
Pistes de travail / points de vigilance

Mettre en place une stratégie régionale d'aide aux aidants afin de développer l'offre à ce jour disponible et d'accroître sa visibilité auprès du public.

Apporter un appui méthodologique au développement des structures de coordination (réseaux gérontologiques, maisons de santé...) sur l'ensemble du territoire à partir de l'architecture modèle PAERPA tout en optimisant les organisations, outils, et coordinations à ce jour installées sur les territoires.

Renforcer et poursuivre l'offre de prévention de proximité (prévention des chutes, prévention médicamenteuse, ateliers mémoire...) afin d'agir au plus tôt dans le parcours des PA afin d'amortir les situations d'urgence et les risques de rupture.

Renforcer la coordination des professionnels autour de la personne âgée en EHPAD et améliorer la qualité de prise en charge



Avancées et limites rencontrées

L'intérêt des actions de prévention au sein des EHPAD repose en premier lieu sur leur transversalité. A travers la coopération directe avec les médecins coordonnateurs des établissements et la formation indirecte de l'ensemble des professionnels, ces actions participent à la **diffusion d'une culture de prévention au sein des établissements**. Dans le cadre du programme OMEGAH, la pluralité des modules et la gouvernance coordonnée par le PGI (qui veille à l'application des orientations stratégiques du programme formulées par l'ARS) garantissent l'émergence d'un « parcours de prévention » partagé par l'ensemble des opérateurs. La volonté de tisser des liens avec d'autres volets du parcours de santé personnes âgées est par ailleurs exprimée dans le CPOM du programme (liens avec le réseau Mobiquial ; relation ville-hôpital etc.).

L'ARS Bourgogne s'était également fixé comme objectif la généralisation de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) à l'entrée des personnes âgées en EHPAD. Si à priori le bilan d'entrée en EHPAD correspond aux critères de cette évaluation, il n'en demeure pas moins délicat d'affirmer à ce jour qu'elle puisse être réalisée par l'ensemble des établissements : les carences médicales observées dans bon nombre d'EHPAD (seuls quelques-uns disposent de l'ensemble des professionnels requis) incitent à la prudence. A ce jour, seuls quelques établissements sont réellement en mesure de proposer un bilan complet correspondant à l'ensemble des critères retenus dans l'évaluation gériatrique standardisée.

Perspectives

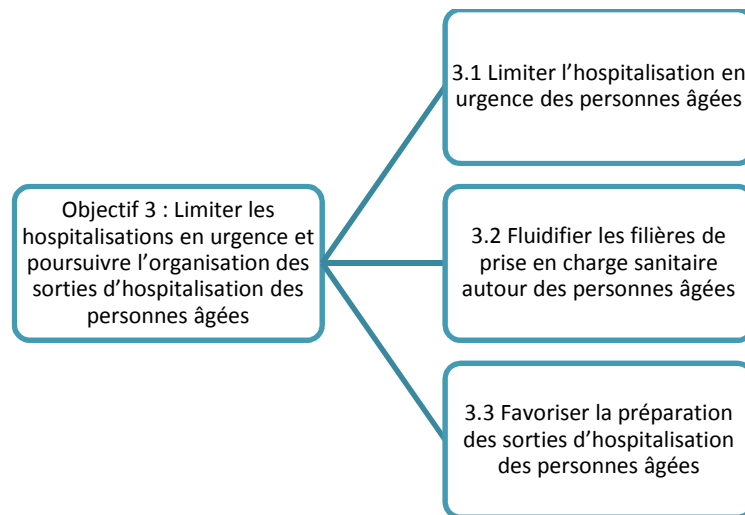
Le programme OMEGAH sera évalué prochainement. Le comité de pilotage du programme s'est déclaré favorable à son déploiement en Franche-Comté, ce qui soulève la question du coût (financement intégral par l'ARS). Le programme doit-il être déployé dans son intégralité ou pour une partie des modules ?

Piste de travail / Points de vigilance

Préciser le coût, les modalités, le périmètre et la stratégie de déploiement du programme OMEGAH. L'ARS Bourgogne Franche Comté pourra compter sur :

- L'expérience interrégionale du PGI en matière de coordination ;
- La capacité de liaison des opérateurs du programme (en Bourgogne, le programme est développé par la CARSAT, la MSA et la Mutualité Française : l'organisation régionalisée de ces opérateurs devrait ainsi garantir un tuilage optimisé pour le développement des modules sur l'ensemble du territoire) ;
- L'expérience franc-comtoise en matière de bilan bucco-dentaire. Notons néanmoins la différence d'approche entre d'un côté un module de prévention à l'hygiène bucco-dentaire (à destination des professionnels) ; et la systématisation d'un bilan bucco-dentaire à destination des patients.

Limiter les hospitalisations en urgence et poursuivre l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées



Avancées et limites rencontrées

Les deux régions ont travaillé significativement sur l'anticipation des entrées et sorties d'hospitalisations des personnes âgées.

Les dispositifs PAERPA, ARTICLE 70 et PSPA ont chacun investi ces problématiques via la mise en œuvre d'outils et de protocoles pour prévenir (éviter) et fluidifier (apaiser) les hospitalisations des personnes âgées. L'étude menée en Bourgogne sur les admissions évitables en provenance d'EHPAD et les initiatives de coopérations déployées entre ESMS et établissements sanitaires témoignent d'une volonté affirmée de favoriser une continuité et une permanence de soins autour de la personne âgée.

Perspectives

Les travaux pour la prolongation de la filière gériatrique en Franche Comté sont en cours (mission confiée au Professeur Aubry). Les référents interrogés sur les deux régions s'accordent pour reconnaître que la Franche-Comté ne dispose pas forcément du même historique qu'en

Bourgogne en matière de gériatrie ; ce qui pourrait constituer un premier obstacle au processus de structuration. La Bourgogne a pu s'appuyer sur la légitimité de médecins gériatres identifiés et reconnus. Le CHU de Dijon a joué un rôle moteur ; tandis que le CHU de Besançon n'a jamais porté de gériatrie (c'est notamment délicat pour mobiliser les gériatres dans la démarche). Ce processus de structuration devra notamment définir en premier l'échelle territoriale la plus adaptée : GHT ? Un seul territoire, autour de la nouvelle plateforme d'appui régionale ?

Pistes de travail / Points de vigilance

Evaluer et capitaliser à partir des différentes expérimentations mises en œuvre sur les entrées et sorties d'hospitalisation pour extraire les bonnes pratiques du champ de l'expérimentation dans une perspective de déploiement et de généralisation

Poursuivre la structuration de l'organisation des soins (filière gériatrique) et renforcer la coopération entre les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux (conventions, formations croisées)

2.6 Porte 5 : Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les CLS

- PREAMBULE

Périmètre de l'évaluation

Le Comité de pilotage a fait le choix de **cibler l'évaluation de la territorialisation de la politique de santé sur le contrat local de santé (CLS)**, outil majeur prévu dans le Code de santé publique (art. L.1434-17) pour participer à la construction de dynamiques territoriales de santé.

Il s'agit en particulier d'examiner :

- les **conditions d'émergence** de ces contrats ;
- les **thématiques** traitées par ces contrats ;
- et les **facteurs qui conditionnent l'avancement** du plan d'action.

Précision méthodologique

Pour accompagner ce dispositif, la Bourgogne et la Franche-Comté ont chacune mise en place une organisation particulière et défini des modalités propres de mise en œuvre des CLS. Il ne s'agit pas d'en faire une évaluation systématique, mais de **repérer dans leurs fonctionnements respectifs les facteurs** qui ont pu concourir à l'émergence des contrats et à leur mise en œuvre effective. Les paragraphes suivants examinent successivement chacun de ces volets.

Pour faciliter ce repérage, ce bilan est présenté sous la forme de tableaux qui mettent en parallèle les choix, modalités de fonctionnement et réalisations respectifs dans les deux régions.

Source des informations

Ce bilan a été réalisé sur la base d'entretiens avec **3 interlocuteurs** (2 en Bourgogne, 1 en Franche-Comté).

Dans les 2 régions, les référents en charge des CLS sont bien identifiés, et disposent d'une vision d'ensemble du dispositif pour l'avoir eux-mêmes piloté depuis l'ARS. De ce fait, l'accès aux sources bibliographiques (documents de contractualisation, bilans...) a été facilité.

Ces sources sont toutefois limitées : les plans d'action des différents CLS n'ont pas fait l'objet d'un suivi centralisé au niveau régional ; dans chacune des régions, ce suivi est organisé au niveau local selon des modalités diverses ; à une exception près, les évaluations / bilan de fin de contrat ne sont pas disponibles.

Notons qu'une évaluation d'un CLS est engagée en Bourgogne, dont les premiers résultats devraient être disponibles fin septembre 2016. A court terme, 2 autres CLS de cette région devraient être évalués et un projet d'évaluation globale des CLS bourguignons est en réflexion. Ces travaux permettront d'aborder plus en détail l'effectivité des CLS et l'avancement de leurs plans d'action.

- **L'ÉMERGENCE DES CONTRATS**

Objectifs des PRS de Bourgogne et Franche Comté et modalités d'appui au dispositif CLS

	Bourgogne	Franche-Comté
Les objectifs régionaux	<p><u>Des territoires visés en priorité au regard des indicateurs de santé</u></p> <p>Certains territoires sont identifiés comme prioritaires, l'ARS souhaitant « conclure des contrats locaux avec les élus dont les territoires enregistrent les plus mauvais indicateurs de santé. Une partie des territoires ruraux de la région est concernée » (PRAPS).</p> <p>Les objectifs en termes de couverture ont été discutés avec chaque délégué territorial (échelon départemental) au cours de son entretien annuel.</p>	<p><u>Un objectif de couverture de 50% du territoire régional</u></p> <p>Bien qu'il ne soit pas officiellement inscrit dans le PRS, la direction de l'animation territoriale s'est fixé cet objectif sans cibler spécifiquement un type de territoire.</p> <p>Le CLS est conçu comme "un outil de proximité qui doit permettre la mise en œuvre du PRS sur l'ensemble du territoire de santé (...) tant en territoire urbain qu'en secteur rural" (documents de contractualisation).</p>
L'organisation mise en place au niveau régional	<p><u>Une dynamique fortement impulsée au niveau régional par l'ARS et encadrée par un référentiel</u></p> <p>D'abord pilotée par la direction de la santé publique (à partir de 2012) qui oriente principalement les CLS sur la prévention, la politique liée aux CLS a fait l'objet d'une restructuration à partir de 2013 avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'affectation de la politique d'animation territoriale au département pilotage de la direction de la stratégie - la nomination d'une chargée de mission ARS dédiée - la formalisation d'un dispositif d'animation territoriale structuré autour : <ul style="list-style-type: none"> o d'instances partenariales (régionales, départementales, locales) o d'instances techniques de pilotage (Groupe Technique Animation Territoriale, séquence « Animation Territoriale » du CODIR) - l'outillage de la démarche CLS avec la mise en place d'un référentiel incluant un phasage, un calendrier cible, ainsi que la structure type d'un document de contractualisation de manière à structurer de manière homogène les CLS - Des référents territoriaux ARS : opérant au niveau des 4 délégations territoriales sous l'autorité du Délégué Territorial, en charge du suivi 	<p><u>Une dynamique relancée à l'occasion du découpage du territoire régional en 55 territoires de proximité</u></p> <p>Portée dans un premier temps par le département planification (à partir de 2010), la politique liée aux CLS a évolué en 2013 avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la création d'une direction de l'animation territoriale - la création des « espaces d'animation territoriale » au niveau départemental : constitués de commissions auxquelles participe le président de la conférence de territoire (unique pour la région), ils permettent de communiquer sur la démarche CLS auprès des élus et des acteurs locaux - le découpage du territoire régional en 55 territoires de proximité construits à partir d'une approche populationnelle formalisée (la « pyramide »), qui rend nécessaire le renforcement des équipes dédiées à l'animation territoriale : alors que jusqu'en 2013, des chargés de mission polyvalents avaient en charge l'élaboration des programmes d'actions opérationnel de territoire PAOT (échelon départemental), 11 animateurs territoriaux en santé (ATS) sont recrutés en interne via appel à candidature et affectés à temps plein à l'animation territoriale - l'élaboration d'un guide destiné aux ATS résumant la finalité des CLS - un repérage des territoires à contractualiser (les déserts médicaux) et

	Bourgogne	Franche-Comté								
	<p>d'un ou plusieurs territoires de proximité, ils ont notamment pour rôle de sensibiliser les acteurs à l'intérêt de la démarche CLS</p> <ul style="list-style-type: none"> - une réorientation des CLS, chargés désormais de décliner l'ensemble du PRS de manière transversale - la création d'une plateforme d'échanges (Communeo) entre les différentes instances d'animation territoriale - Le choix d'une durée de contractualisation de 3 ans 	<p>l'adoption d'une démarche proactive (alors que les premiers CLS avaient émergé en réponse à la mobilisation des élus)</p> <ul style="list-style-type: none"> - une réorientation des CLS : alors qu'ils traitaient au départ d'un nombre réduite de thématiques (la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie), leurs priorités s'élargissent à partir de 2013 - le choix d'une durée de contractualisation de 3 ans 								
L'organisation mise en place au niveau local	<p><u>Le choix de financer une animation locale</u></p> <p>Localement, l'émergence des CLS s'est principalement appuyée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le co-financement des postes d'animateurs santé : recrutés par la collectivité locale avec un financement ARS à hauteur de 50% maximum (20 000 / 25 000€), embauchés parfois un an avant la signature du CLS, ces animateurs santé sont chargés avec le référent territorial d'identifier et mobiliser les acteurs locaux afin d'élaborer le CLS, d'animer la réflexion puis de co-rédiger le contrat - le diagnostic partagé : sous la responsabilité de l'animateur santé (analyse partagée des besoins, définition concertée des actions à mettre en place), il est conçu comme un outil de mobilisation du partenariat - la mise en place, dans chacun des 20 territoires de proximité, d'un Groupe d'Animation Territoriale de Santé (GATS), instance partenariale chargée d'échanger sur les orientations du Programme d'Actions Territoriales (PAT) qui déclinera le PRS à l'échelle du territoire 	<p><u>Le choix d'apporter de l'ingénierie aux territoires</u></p> <p>Les modalités d'appui prévues pour favoriser l'émergence des CLS sur le territoire régional sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 animateurs territoriaux en santé (ATS) ont été recrutés en 2013 : ils ont parmi leurs missions celle de générer la création de CLS (réalisation/animation du diagnostic partagé, animation de la réflexion pour construire le plan d'actions du CLS, etc.) puis suivre la mise en œuvre de leurs plan d'action (possibilité d'ajuster le contrat, de réaliser des avenants) - la réalisation de diagnostics de territoire formalisés : alors que les 1ers CLS se sont construits sur la base de données non compilées (pas de diagnostic formalisé), les territoires vont par la suite prendre en main la démarche et l'externalisent ; à partir de 2013, ils sont réalisés par les ATS (diagnostics partagés à l'échelle des territoires de proximité) ; cet outil leur permet de mobiliser les acteurs locaux à une échelle très fine et d'identifier les priorités à porter par les CLS (ces derniers regroupant plusieurs territoires de proximité) <div style="text-align: center;"> <table border="1"> <caption>Modalités de réalisation du diagnostic</caption> <thead> <tr> <th>Modalité</th> <th>Nombre de CLS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnostic externalisé</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Diagnostic partagé</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pas de diagnostic formalisé</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Source : Les CLS en 2015, état des lieux au 01.01.2015</p>	Modalité	Nombre de CLS	Diagnostic externalisé	2	Diagnostic partagé	4	Pas de diagnostic formalisé	4
Modalité	Nombre de CLS									
Diagnostic externalisé	2									
Diagnostic partagé	4									
Pas de diagnostic formalisé	4									

Cette analyse montre que dans les 2 régions, les objectifs régionaux en termes d'émergence de CLS sont restés relativement flous.

Les deux régions se sont cependant mises en ordre de marche pour lancer la dynamique de contractualisation :

- **Restructuration organisationnelle** de l'animation territoriale,
- Mise en place d'**instances partenariales** au niveau infrarégional,
- Appui sur certains **outils mobilisateurs** (réalisation de diagnostics partagés, co-construction des plans d'action).

Les modalités d'appui apporté au niveau local témoignent de choix assez différents, avec notamment :

En Bourgogne

- La mise en place d'un dispositif d'animation territoriale très formalisé et à plusieurs étages,
- L'élaboration et la mise en application d'un **référentiel régional** précis encadrant le montage et la mise en œuvre des CLS,
- Le choix de **cofinancer les animateurs santé**, intégrés dans les collectivités, avec l'objectif de mobiliser les porteurs de projet locaux.

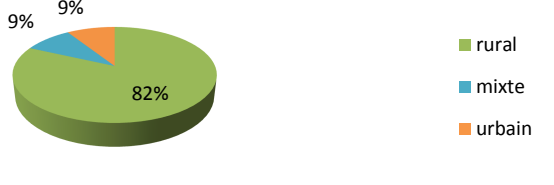
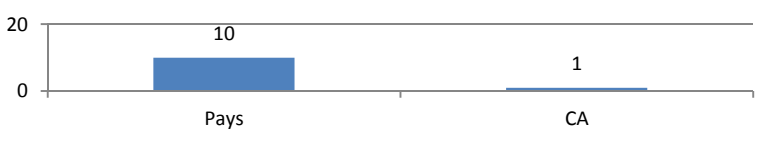
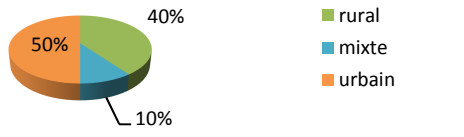
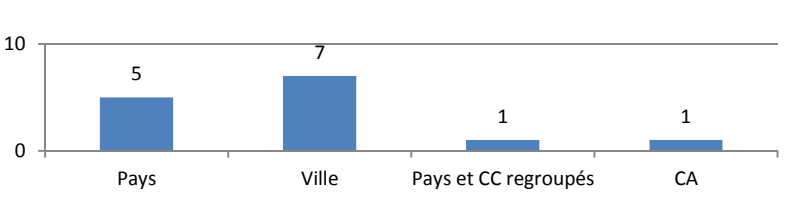
En Franche-Comté

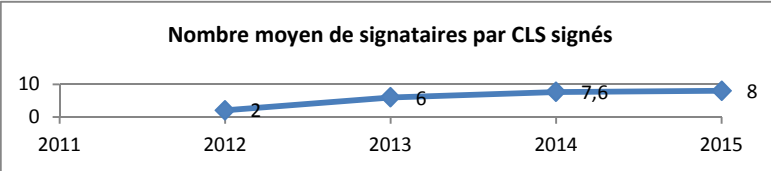
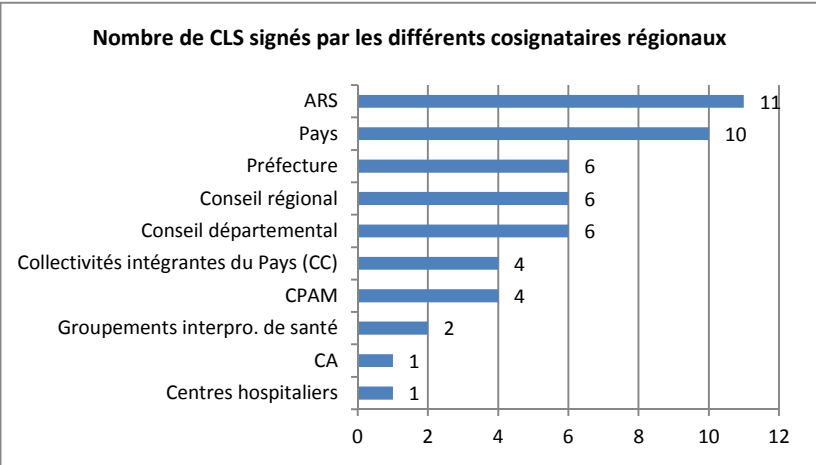
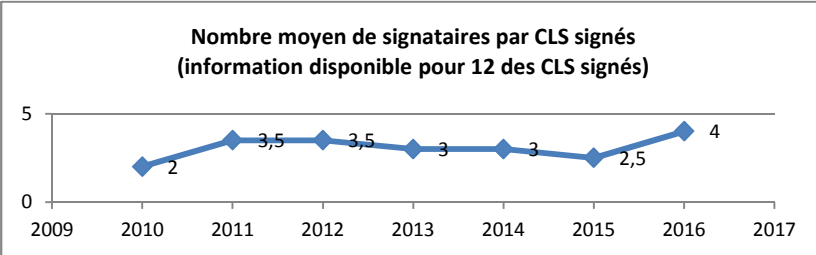
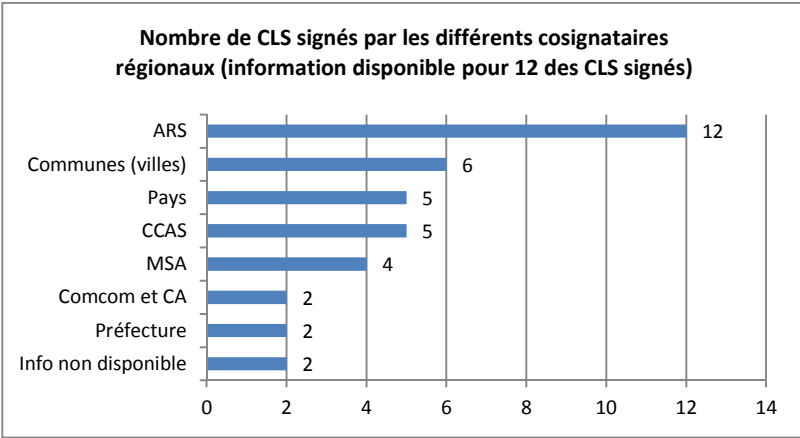
- L'activation des CLS à travers un **cadre régional restreint**,
- Le choix **d'apporter de l'ingénierie** aux territoires via les ATS (et de ne pas financer les animateurs santé afin de garantir l'indépendance de l'ARS)

Le tableau suivant présente les réalisations obtenues en termes de création de CLS.

Les créations de CLS sur la période

	Bourgogne	Franche-Comté
Nombre et rythme de signatures	<p><u>11 CLS signés entre 2012 et 2015</u></p> <p>Ils correspondent à 11 territoires contractualisés.</p> <p>La contractualisation des CLS a démarré en 2012.</p> <p>Le rythme des signatures connaît un pic en 2014, année de formalisation du référentiel des CLS, au cours de laquelle les 4 délégations départementales se sont simultanément engagées dans la démarche.</p> <p>Les territoires jugés « les plus faciles » (où les conditions de contractualisation semblaient les plus favorables avec notamment des élus moteurs...) ayant été contractualisés cette année-là, le rythme de contractualisation ralentit en 2015. Les délégations départementales sont alors mobilisées par la fusion des ARS.</p>	<p><u>9 CLS signés entre 2012 et 2016, soit 14 signatures au total depuis 2010</u></p> <p>Parmi ces 9 signatures, 4 sont des renouvellements (Dole, Belfort, Vesoul, Besançon). Au total 10 territoires ont donc été contractualisés.</p> <p>La démarche de contractualisation a démarré dès 2010.</p> <p>En dehors de l'année 2011, le rythme de signature des contrats est stable.</p> <p>Plusieurs facteurs l'expliquent : les territoires où la contractualisation semblait le plus « facile » (élus moteurs...) ont été contractualisés avant 2014 ; le découpage du territoire régional en 55 territoires de proximité a nécessité un long travail de diagnostic de la part des ATS ; plusieurs projets de CLS ont été abandonnés avec l'arrivée de nouveaux interlocuteurs suite aux élections municipales de 2014.</p>
Couverture régionale	<p><u>En 2015 les CLS couvrent 42% de la population régionale</u></p> <p>*Ces départements se partagent le Pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne, à cheval entre la Nièvre et l'Yonne</p> <p>Sur une population régionale estimée à 1 640 000 habitants en 2011, les CLS concernent environ 688 000 habitants.</p>	<p><u>En 2015, les CLS couvrent environ 55% de la population régionale</u></p> <p>Au 01.01.2015, les territoires des CLS signés concernent 661 000 habitants soit environ 55% de la population de la région (1 200 000).</p>

	Bourgogne	Franche-Comté																																
Types de territoires couverts et de structures porteuses	<p data-bbox="479 245 1281 306"><u>Le choix de privilégier les zones rurales et de s'appuyer sur les Pays pour porter les CLS</u></p> <div data-bbox="488 316 1272 577"> <p data-bbox="703 338 1057 360">Types de territoires contractualisés</p>  <table border="1"> <caption>Types de territoires contractualisés (Bourgogne)</caption> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>rural</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>mixte</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>urbain</td> <td>9%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p data-bbox="479 590 1281 715">Si l'un des premiers CLS concerne une zone urbaine (Chalon), les CLS de Bourgogne sont dans leur quasi-totalité situés en milieu rural, où les élus se sont montrés davantage proactifs (problématiques de démographie médicale plus prégnantes).</p> <p data-bbox="479 727 1281 817">En zone urbaine, l'ARS accompagne l'instauration des contrats de ville (2014) dont elle co-construit le « volet santé » et envisage la constitution de nouveaux CLS (Grand Dijon notamment).</p> <div data-bbox="488 833 1272 1043"> <p data-bbox="613 858 1146 880">Types de structures porteuses pour les 11 CLS signés</p>  <table border="1"> <caption>Types de structures porteuses pour les 11 CLS signés (Bourgogne)</caption> <thead> <tr> <th>Structure</th> <th>Nombre de CLS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pays</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>CA</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p data-bbox="479 1069 1281 1129">L'ARS a privilégié les territoires de projet existants : sur les 14 Pays que compte la région, 10 portent un CLS.</p>	Type	Pourcentage	rural	82%	mixte	9%	urbain	9%	Structure	Nombre de CLS	Pays	10	CA	1	<p data-bbox="1308 245 2132 306"><u>Un équilibre entre CLS ruraux et CLS urbains et une variété de structures porteuses</u></p> <div data-bbox="1317 322 2123 577"> <p data-bbox="1509 347 1930 402">Types de territoires contractualisés (sans tenir compte des renouvellements)</p>  <table border="1"> <caption>Types de territoires contractualisés (sans tenir compte des renouvellements) (Franche-Comté)</caption> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>rural</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>mixte</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>urbain</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p data-bbox="1308 596 2132 689">La part importante des CLS urbains s'explique par la mobilisation des maires des grandes villes, qui ont été les premiers à s'investir dans la démarche.</p> <p data-bbox="1308 711 2132 836">En zone urbaine, le territoire de contractualisation est, dans la plupart des cas, la commune ; il intègre les quartiers prioritaires de la politique de la ville et leurs ateliers santé. Depuis 2014, l'ARS accompagne l'instauration des contrats de ville dont elle co-construit le « volet santé ».</p> <div data-bbox="1317 852 2123 1104"> <p data-bbox="1420 861 1953 884">Types de structures porteuses pour les 14 CLS signés</p>  <table border="1"> <caption>Types de structures porteuses pour les 14 CLS signés (Franche-Comté)</caption> <thead> <tr> <th>Structure</th> <th>Nombre de CLS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pays</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Ville</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Pays et CC regroupés</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CA</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p data-bbox="1308 1114 2132 1174">La moitié des CLS sont portés par des villes. Sur les 16 Pays de la région 7 sont concernés par un CLS (certains CLS couvrant plusieurs Pays).</p> <p data-bbox="1308 1197 2132 1353">Le périmètre de contractualisation n'est pas toujours celui de la structure porteuse (ex : le CLS de Belfort 2015-2017 prévoit que certaines actions soient étendues au territoire de la CA Belfortaine), la condition établie pour le périmètre étant qu'il soit « pertinent et cohérent au regard des problématiques » (cf. bilan des CLS au 01.01.2015).</p>	Type	Pourcentage	rural	40%	mixte	50%	urbain	10%	Structure	Nombre de CLS	Pays	5	Ville	7	Pays et CC regroupés	1	CA	1
	Type	Pourcentage																																
rural	82%																																	
mixte	9%																																	
urbain	9%																																	
Structure	Nombre de CLS																																	
Pays	10																																	
CA	1																																	
Type	Pourcentage																																	
rural	40%																																	
mixte	50%																																	
urbain	10%																																	
Structure	Nombre de CLS																																	
Pays	5																																	
Ville	7																																	
Pays et CC regroupés	1																																	
CA	1																																	

	Bourgogne	Franche-Comté																																																																		
Nombre et types de signataires	<p><u>La moitié des CLS a plus de 6 signataires</u></p> <p>Le nombre de signataires est très variable (de 2 à 15) ; 5 des 11 CLS en comptent plus de 6.</p>  <p>Nombre moyen de signataires par CLS signés</p> <table border="1"> <tr><th>Année</th><td>2012</td><td>2013</td><td>2014</td><td>2015</td></tr> <tr><th>Moyenne</th><td>2</td><td>6</td><td>7,6</td><td>8</td></tr> </table> <p>Non prévue au départ, l'augmentation du nombre de signataires s'est imposée au fur et à mesure des travaux ; elle est le reflet de la concertation élargie en amont de la contractualisation.</p> <p>Plus de la moitié des CLS de Bourgogne sont cosignés par l'Etat, la Région et les départements.</p>  <p>Nombre de CLS signés par les différents cosignataires régionaux</p> <table border="1"> <tr><th>Cosignataire</th><td>ARS</td><td>Pays</td><td>Préfecture</td><td>Conseil régional</td><td>Conseil départemental</td><td>Collectivités intégrantes du Pays (CC)</td><td>CPAM</td><td>Groupements interpro. de santé</td><td>CA</td><td>Centres hospitaliers</td></tr> <tr><th>Nombre</th><td>11</td><td>10</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>4</td><td>4</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr> </table>	Année	2012	2013	2014	2015	Moyenne	2	6	7,6	8	Cosignataire	ARS	Pays	Préfecture	Conseil régional	Conseil départemental	Collectivités intégrantes du Pays (CC)	CPAM	Groupements interpro. de santé	CA	Centres hospitaliers	Nombre	11	10	6	6	6	4	4	2	1	1	<p><u>Au maximum 2 signataires en plus de l'ARS et de la structure porteuse</u></p> <p>Le nombre de signataires des CLS a été volontairement restreint aux principaux décideurs par l'ARS.</p>  <p>Nombre moyen de signataires par CLS signés (information disponible pour 12 des CLS signés)</p> <table border="1"> <tr><th>Année</th><td>2010</td><td>2011</td><td>2012</td><td>2013</td><td>2014</td><td>2015</td><td>2016</td></tr> <tr><th>Moyenne</th><td>2</td><td>3,5</td><td>3,5</td><td>3</td><td>3</td><td>2,5</td><td>4</td></tr> </table> <p>Les signataires sont pour la plupart d'échelon local (conseil régional et conseils départementaux non signataires). L'Etat est cosignataire d'1 CLS (Besançon) en raison d'une articulation nécessaire avec un atelier santé ville déjà mis en œuvre.</p> <p>En milieu rural, les CLS portés par les Pays sont généralement signés par la MSA, en milieu urbain ils le sont par les CCAS. L'objectif est de mobiliser les « chevilles ouvrières du CLS et de bénéficier leur ingénierie respective.</p>  <p>Nombre de CLS signés par les différents cosignataires régionaux (information disponible pour 12 des CLS signés)</p> <table border="1"> <tr><th>Cosignataire</th><td>ARS</td><td>Communes (villes)</td><td>Pays</td><td>CCAS</td><td>MSA</td><td>Comcom et CA</td><td>Préfecture</td><td>Info non disponible</td></tr> <tr><th>Nombre</th><td>12</td><td>6</td><td>5</td><td>5</td><td>4</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> </table>	Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne	2	3,5	3,5	3	3	2,5	4	Cosignataire	ARS	Communes (villes)	Pays	CCAS	MSA	Comcom et CA	Préfecture	Info non disponible	Nombre	12	6	5	5	4	2	2	2
	Année	2012	2013	2014	2015																																																															
	Moyenne	2	6	7,6	8																																																															
Cosignataire	ARS	Pays	Préfecture	Conseil régional	Conseil départemental	Collectivités intégrantes du Pays (CC)	CPAM	Groupements interpro. de santé	CA	Centres hospitaliers																																																										
Nombre	11	10	6	6	6	4	4	2	1	1																																																										
Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016																																																													
Moyenne	2	3,5	3,5	3	3	2,5	4																																																													
Cosignataire	ARS	Communes (villes)	Pays	CCAS	MSA	Comcom et CA	Préfecture	Info non disponible																																																												
Nombre	12	6	5	5	4	2	2	2																																																												

Le **nombre de territoires contractualisés dans chacune des régions est similaire** (11 territoires contractualisés en Bourgogne, 10 en Franche-Comté). Entre 42% (en Bourgogne) et 55% de la population régionale (en Franche-Comté) est ainsi couverte par des CLS, la part plus faible en Bourgogne s'expliquant par le fait que les CLS sont en majorité ruraux et concernent donc une population moins nombreuse.

L'émergence des CLS a suivi dans les deux régions une même logique : la contractualisation s'est opérée dans un premier temps avec les territoires où les conditions de contractualisation semblaient les plus favorables (démarche d'emblée soutenue par les élus locaux) ; la notion de « territoire prioritaire » s'est imposée dans un second temps.

La contractualisation s'est traduite a en revanche de façon assez différentes dans les deux régions, avec :

En Bourgogne

- Des CLS essentiellement ruraux, portés des territoires de projets préexistants (Pays pour les territoires ruraux, CA pour le territoire urbain) ;
- Un nombre important de signataires / partenaires, souvent d'échelon supra-local (Etat, conseil régional, conseils départementaux) ;
- Une forte association des élus.

En Franche-Comté

- Une mobilisation de l'outil CLS à la fois en milieu rural et en milieu urbain ;
- Des périmètres de contractualisation souples ;
- Un nombre resserré de signataires, le plus souvent d'échelon local ;
- Deux partenaires privilégiés : la MSA en milieu rural, les CCAS en milieu urbain.

Bilan global sur l'émergence des CLS

Avancées et limites rencontrées

Chacune des régions s'est appuyée sur des leviers d'action spécifiques de manière à favoriser l'émergence des CLS sur son territoire.

En Bourgogne

- Elaboration d'un référentiel régional précis encadrant le montage et la mise en œuvre des CLS ;
- Cofinancement d'une animation locale pour enclencher la démarche ;
- Action de « lobbying » des délégations territoriales auprès des élus pour les convaincre de l'intérêt des CLS ;
- Choix d'intégrer un nombre important de signataires (« donne du poids au CLS »), parmi lesquels des acteurs d'échelon supra-local mobilisateurs car perçus comme « garants de moyens » (Etat, conseil régional, conseils départementaux) ou mobilisateurs par leur engagement auprès des élus (les sous-préfets ont fortement sensibilisé les élus locaux à l'intérêt des CLS).

En Franche-Comté

- Mise à disposition des territoires d'une ingénierie spécifique (les ATS) ;
- Contractualisation resserrée autour des acteurs locaux clés ;
- Activation des CLS à travers un cadre régional restreint et souple.

Malgré ces différentes stratégies, le nombre de territoires contractualisés dans chacune des régions est similaire : une fois les premiers contrats signés sur les territoires repérés comme les plus « disposés » à la contractualisation, les deux régions se heurtent aux mêmes difficultés liées au contexte local.

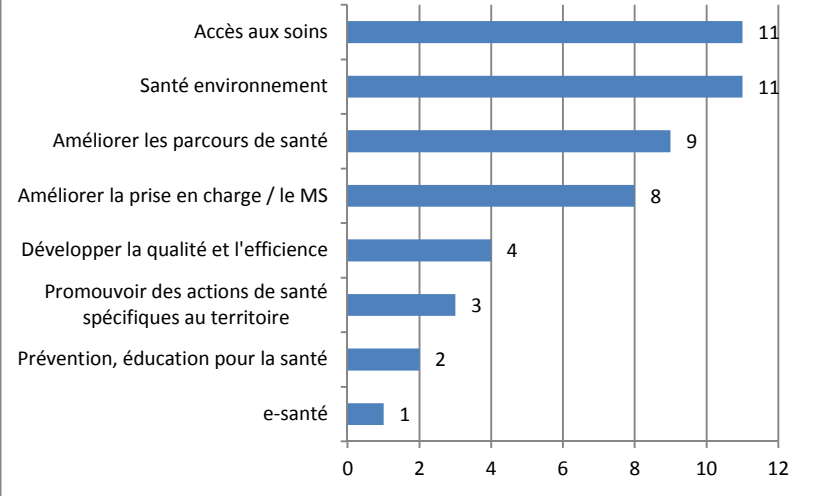
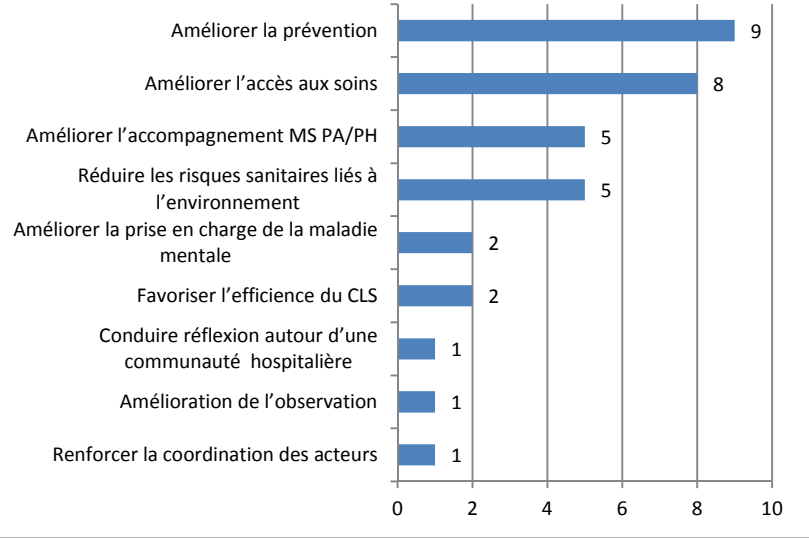
Le tableau suivant recense les principaux facteurs facilitants et les freins évoqués dans les deux régions qui expliquent la plus ou moins grande « facilité » à faire émerger un CLS d'un territoire à l'autre.

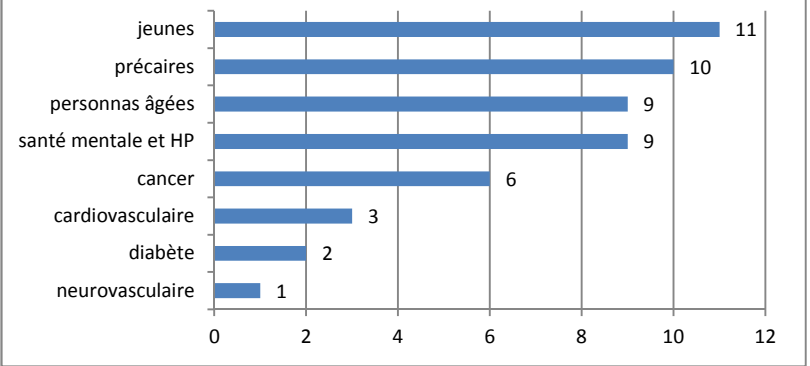
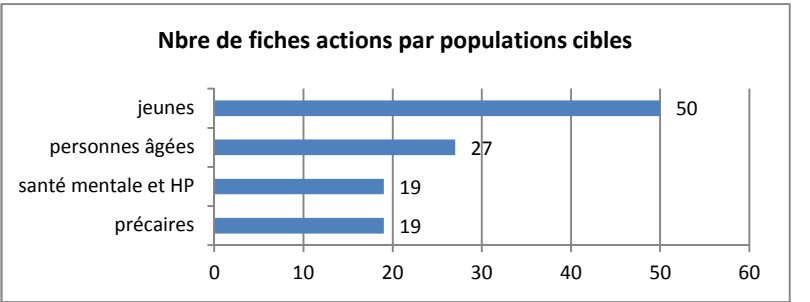
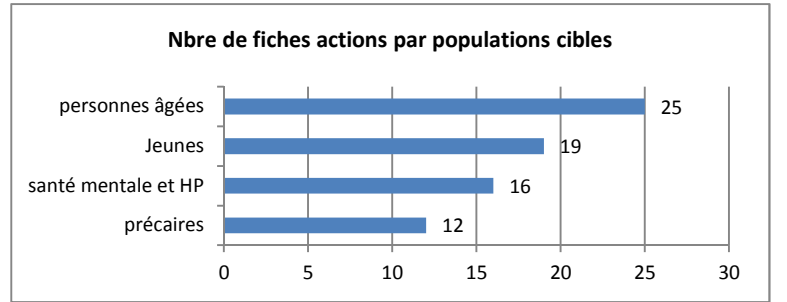
Les facteurs facilitants
<p>La prise en compte des enjeux de santé dans les démarches antérieures des territoires : chartes de Pays en milieu rural, ateliers santé ville en milieu urbain (sensibilité des acteurs locaux à cette thématique)</p> <p>La prégnance de certaines problématiques locales, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none">- les difficultés ou menaces à moyen terme pesant sur l'accessibilité aux soins (risque de pénurie de médecins à 5 ans)- la structure de la population (le fort pourcentage de personnes âgées constitue un élément de sensibilisation des élus aux questions de santé)- l'existence de situations à risque pesant sur certaines populations (ex. addiction/ alcoolisation massive des jeunes...) <p>L'effet d'entraînement généré par les contractualisations précédentes (phénomène constaté pour les villes)</p>
Les freins
<p>La situation politique locale : dans certains territoires, la concurrence entre élus limite les possibilités de contractualisation</p> <p>Le renouvellement des équipes locales suite aux élections (suppose de « repartir de zéro »)</p> <p>La situation économique des collectivités : certains élus locaux hésitent à s'engager dans une démarche qui risque d'engendrer des coûts alors que la santé ne fait pas partie des compétences des communes</p> <p>La philosophie des CLS, outil de convergence des acteurs locaux de santé avant d'être un outil de financement (argument moins mobilisateur)</p> <p>La nouveauté de la démarche : la démarche de co-construction et de gestion de projet se révèle complexe dans les territoires non expérimentés</p>

- **L'AVANCEMENT DES PLANS D' ACTIONS**

Le contenu des contrats

	Bourgogne	Franche-Comté
Structuration du plan d'action	<p><u>Le référentiel régional structure le plan d'action des CLS</u></p> <p>Conçu dès le départ comme un outil de contractualisation transverse, les CLS de Bourgogne ont toutefois été dans un 1^{er} temps plus spécifiquement orientés sur la prévention et la promotion de la santé.</p> <p>Leur contenu devient véritablement transversal à partir 2014.</p> <p>Le référentiel établit une structuration homogène pour leurs plans d'actions autour de 5 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - I. Renforcer les soins de proximité - II. Améliorer les parcours de santé et la périnatalité : - III. Développer la qualité et l'efficience - IV. Santé environnement - V. Prise en charge médico-sociale 	<p><u>Des CLS à la structuration variée</u></p> <p>Dans les contrats, la mission des CLS est présentée comme devant "permettre la mise en œuvre du projet régional de santé" et en particulier "réduire les inégalités de santé aussi bien territoriales que sociales".</p> <p>Les thématiques que les CLS doivent aborder ne font pas l'objet d'un cadrage précis : elles doivent répondre à la fois aux problématiques du territoire, aux priorités partagées par les acteurs locaux et aux capacités des opérateurs présents sur le territoire à concrétiser les actions.</p> <p>Dans les faits, on observe une évolution dans leurs contenus respectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les 1ers CLS ont concentré leur stratégie quelques thématiques : prévention et éducation pour la santé, accès aux soins, personnes en perte d'autonomie - à partir de 2012 certains CLS abordent la santé environnement, puis en 2013 la santé mentale - à partir de 2014, la logique thématique est abandonnée au profit de la logique de parcours
Thématiques abordées	<p><u>Trois priorités reprises par tous les CLS : l'accès aux soins, la santé environnement et les parcours de santé</u></p> <p>Les CLS structurent leur stratégie en partant des différents axes du référentiel régional, et en les adaptant en fonction des besoins issus du diagnostic territorial.</p>	<p><u>Des CLS axés sur la prévention et l'accès aux soins</u></p> <p>L'intégralité des CLS aborde les thématiques de la prévention et de l'accès aux soins. Les autres thématiques développées sont diversifiées ; la structuration du plan d'actions varie fortement d'un CLS à l'autre (entre 2 et 5 axes).</p>

	Bourgogne	Franche-Comté
	<p>Principales thématiques abordées</p>  <p>Une fiche action relative à la e-santé a pu être recensée dans les documents de contractualisation disponibles : il s'agit de créer une offre de soins mutualisée entre les EHPAD et les praticiens d'une maison de santé pluridisciplinaire (3 domaines spécifiques retenus : gériatrie, télé-dermatologie et mutualisation)</p>	<p>Principales thématiques abordées (nombre de CLS concernés)</p>  <p>*Source : Les CLS en 2015, état des lieux au 01.01.2015</p> <p>La santé environnement n'est prise en compte que par 5 CLS, la santé mentale par 2 CLS.</p> <p>Un CLS mentionne la e-santé dans ses fiches actions : il s'agit d'utiliser des médias locaux pour informer la population des dispositifs existants sur le territoire pour « favoriser la santé et le bien-être des personnes » telle que la télémédecine</p>
Déclinaison des parcours de santé	<p><u>Des parcours de santé plus ou moins investis par les CLS</u></p> <p>Les parcours à visée populationnelle (jeunes, précaires, personnes âgées, personnes souffrant de troubles psychiques) ont davantage été investis par les CLS que les parcours pathologiques. Plusieurs facteurs l'expliquent : un meilleur repérage des besoins, une plus forte mobilisation des acteurs sur ces problématiques, des effets perceptibles (avec un suivi plus aisé en termes d'indicateurs).</p>	<p><u>Les CLS adoptent progressivement la logique de parcours</u></p> <p>2 des CLS signés en 2014 ont structuré leur plan d'action en adoptant une « approche parcours ».</p> <p>Dans les deux cas, le parcours des personnes âgées est pris en compte. L'un des CLS décline par ailleurs le parcours « jeunes » et « personnes atteintes de pathologies psychiatriques ».</p>

	Bourgogne	Franche-Comté																				
	<p>Nombre de CLS prenant en compte chaque parcours de santé</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parcours de santé</th> <th>Nombre de CLS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>jeunes</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>précaires</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>personnes âgées</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>santé mentale et HP</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>cancer</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>cardiovasculaire</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>diabète</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>neurovasculaire</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>A l'inverse, la déclinaison locale des parcours à visée pathologique s'est heurtée à différents freins, notamment : une caractérisation plus complexe des besoins, des stratégies s'appuyant davantage sur l'échelle départementale (parcours liés aux structures hospitalières). Ces parcours ont toutefois été déclinés sur les territoires ciblés par l'ARS (territoires réalisation des expérimentations sur les parcours des personnes présentant une maladie cardio-vasculaire ; la Nièvre pour le cancer...).</p>	Parcours de santé	Nombre de CLS	jeunes	11	précaires	10	personnes âgées	9	santé mentale et HP	9	cancer	6	cardiovasculaire	3	diabète	2	neurovasculaire	1			
Parcours de santé	Nombre de CLS																					
jeunes	11																					
précaires	10																					
personnes âgées	9																					
santé mentale et HP	9																					
cancer	6																					
cardiovasculaire	3																					
diabète	2																					
neurovasculaire	1																					
Populations ciblées	<p><u>Des actions qui ciblent prioritairement les jeunes</u></p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Populations ciblées</th> <th>Nbre de fiches actions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>jeunes</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>personnes âgées</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>santé mentale et HP</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>précaires</td> <td>19</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Source : Les CLS en Bourgogne, mai 2015</p>	Populations ciblées	Nbre de fiches actions	jeunes	50	personnes âgées	27	santé mentale et HP	19	précaires	19	<p><u>Des actions qui ciblent en premier lieu les personnes âgées</u></p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Populations ciblées</th> <th>Nbre de fiches actions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>personnes âgées</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Jeunes</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>santé mentale et HP</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>précaires</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Source : Les CLS en 2015, état des lieux au 01.01.2015</p>	Populations ciblées	Nbre de fiches actions	personnes âgées	25	Jeunes	19	santé mentale et HP	16	précaires	12
Populations ciblées	Nbre de fiches actions																					
jeunes	50																					
personnes âgées	27																					
santé mentale et HP	19																					
précaires	19																					
Populations ciblées	Nbre de fiches actions																					
personnes âgées	25																					
Jeunes	19																					
santé mentale et HP	16																					
précaires	12																					

	Bourgogne	Franche-Comté
Plans d'action	<p><u>32 fiches actions par CLS en moyenne</u></p> <p>Le nombre moyen de fiches actions par CLS est élevé et suscite plusieurs interrogations en interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quelle capacité pour suivre la mise en œuvre de la totalité des plans d'actions ? - quelle capacité à financer ? - quelle valeur ajoutée à intégrer aux plans d'actions de CLS les mêmes actions que les CPOM ? - quelle valeur ajoutée à intégrer aux plans d'actions des CLS des actions qui ne sont pas spécifiquement locales et répondant moins directement aux besoins des acteurs locaux ? 	<p><u>14 fiches actions en moyenne</u></p> <p>Les CLS de Franche Comté présente leurs fiches actions selon différentes modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour l'ensemble de la période de contractualisation (8 CLS, 14 fiches actions en moyenne) - pour la première année de mise en œuvre du CLS (4CLS, 6 fiches actions en moyenne)

En Bourgogne comme en Franche Comté, une thématique principale a prévalu et figure dans la totalité des CLS : l'accès aux soins.

Au-delà de ce point commun, l'analyse des documents de contractualisation révèle des différences importantes dans le contenu des CLS des deux régions, notamment :

En Bourgogne

- Le référentiel régional structure fortement le contenu des CLS ainsi que leur stratégie ;
- « L'approche parcours » est reprise par la quasi-totalité des CLS ;
- Le nombre de fiches actions est élevé.

En Franche-Comté

- Le contenu des CLS est varié, le choix a été de donner la priorité à la « sensibilité locale » ;
- Pour 1 CLS sur 3 le plan d'actions n'est établi que pour la 1^{ère} année ;
- le nombre de fiches actions est plus limité.

Les moyens de la mise en œuvre

	Bourgogne	Franche-Comté
Instances de gouvernance	<p><u>Des instances de gouvernance actives conformes aux exigences du référentiel</u></p> <p>Le référentiel prévoit une gouvernance des CLS structurée autour de deux instances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un comité de pilotage composé des signataires du contrat - un comité technique élargi aux partenaires <p>La mise en œuvre de ces instances a été fortement encouragée en interne par le DG, et appuyée par les délégations départementales.</p> <p>Dans l'ensemble des CLS, ces instances se sont réunies au moins 2 fois par an.</p>	<p><u>Des instances de gouvernance non imposée par l'ARS mais mobilisées dans leur majorité</u></p> <p>A quelques exceptions près, les contrats se limitent à préciser que les signataires devront « désigner des copilotes » au sein de leur structure avec la mission suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurer le pilotage et le suivi des actions en réunissant régulièrement les partenaires et opérateurs concernés par leur mise en œuvre - assurer, par un rôle de proximité, l'interface entre les acteurs de terrain et les signataires du CLS - transmettre aux signataires du CLS une évaluation annuelle pour chacune des actions du CLS - répondre à toute demande des signataires du CLS concernant la mise en œuvre et le suivi de ce dernier <p>Dans les faits, la quasi-totalité des CLS ont mis en place des instances de gouvernance « classiques » (comité technique trimestriel, comité de pilotage annuel...); dans un cas, un différend entre les élus locaux et l'ARS a freiné la mise en place des instances et plus globalement la mise en œuvre du CLS.</p>
Modalités d'animation	<p><u>Un animation importante et homogène pour l'ensemble des CLS</u></p> <p>L'ARS a fait le choix d'une animation renforcée des CLS avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un co-financement annuel dédié ARS / structure porteuse - un nombre d'ETP conséquent (1 ETP en moyenne) ; le niveau de financement ARS est proratisé en fonction - un appui des référents techniques de l'ARS (1 délégué territorial pour 3 animateurs de santé environ depuis 2016) - les missions de l'animateur du CLS sont détaillées dans le référentiel : <ul style="list-style-type: none"> o Développer et mobiliser des partenariats autour du CLS o Etre l'interlocuteur de première instance pour les 	<p><u>Des ressources en animation variables d'un CLS à l'autre</u></p> <p>L'animation des CLS a été variable d'un CLS à l'autre, en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des ressources de la structure porteuse : dans certains cas, la structure porteuse a pu mettre à disposition un animateur de santé ; dans la plupart des cas, il s'agissait d'un chargé de mission transversal ; - des ressources apportées par les cosignataires : l'animation du CLS a été renforcée par les équipes des CCAS ou par l'animateur santé de la MSA lorsque ces structures sont partenaires. Notons que cet apport de personnel n'est pas valorisé dans l'apport financier au CLS. <p>De leur côté, les ATS n'avaient pas vocation à assurer une animation quotidienne des CLS.</p>

	Bourgogne	Franche-Comté
	<p>partenaires locaux dans le domaine de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réaliser conjointement avec le référent technique, le secrétariat du GATS et, selon les cas, des comités de pilotage du CLS ○ Réaliser le suivi opérationnel des actions du CLS, en lien avec le référent technique ○ Présenter l'état d'avancement du CLS au GATS et, selon les cas, au comité de pilotage du CLS. 	
Financement des actions	<p><u>Une souplesse de financement du plan d'action par le FIR sur la durée du contrat</u></p> <p>Le financement des CLS par l'ARS a été facilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorité donnée par le DG au financement des actions des CLS - Recours au FIR facilité - Engagement financier de l'ARS portant sur la durée du contrat (financements annuels renouvelables) <p><u>... et des cofinanceurs nombreux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les cofinanceurs sont mentionnés dans les fiches actions de CLS (montant souvent non précisé), les principaux sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ La structure porteuse : apport financier, mobilisation de moyens humains, cofinancement du temps animateur santé ○ Les conseils départementaux : temps agents ○ La CPAM : fonds MDPH, Fonds National d'Action Sanitaire et social, FNPUS... ○ Autres : appel à projet Fondation de France et CARSAT, RSI, AGIRC-ARCCO, CNRACL, etc. - Le montant de l'engagement financier des partenaires est défini et validé chaque année par le comité de pilotage - Le suivi des différentes contributions n'a pas été réalisé 	<p><u>Un financement ARS corrélé à la logique de résultat</u></p> <p>Le financement des CLS par l'ARS se caractérise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des contributions à la mise en œuvre des actions du CLS uniquement - Un engagement limité à la 1ère année du contrat, le financement des années suivantes étant « fonction du développement des actions et de la disponibilité des fonds » (logique de résultat) - Une forte variabilité des montants (de 14 500 à 3,5M€) : certains investissements réalisés par l'ARS (ex. construction d'une MSP) ont en effet été « labélisés CLS » pour communiquer sur l'effet moteur des CLS. - Un montant total (financement base ARS + autres financements ARS) s'élevant à plus de 4,8 millions d'euros en 2015 (cf. Les CLS en 2015, état des lieux au 01.01.2015). - L'ARS était soucieuse que le CLS soit vu comme un outil de convergence des actions de santé sur un territoire et non comme un outil de financement. <p><u>Des cofinancements élevés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Outre les cosignataires, les cofinanceurs sont nombreux et variés : Etat, conseil régional, conseils départementaux, associations, CPAM, usagers etc. - Les cofinancements sur 2010-2015 s'élèvent à plus de 9,6 M€ (cf. Les CLS en 2015, état des lieux au 01.01.2015). - L'apport financier est variable d'un CLS à l'autre (de 0 € pour le Pays du Haut Jura à plus de 6,7 millions d'euros à Belfort). - L'engagement financier de l'ARS et des co-signataires n'est pas toujours mentionné dans les contrats

	Bourgogne	Franche-Comté
Suivi du plan d'actions	<p><u>Des modalités de suivi définies dans le référentiel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le suivi et l'évaluation des CLS ont fait l'objet de travaux en interne à l'ARS : <ul style="list-style-type: none"> o Un groupe de travail a été mis en place fin 2014 afin de définir un dispositif de suivi et d'évaluation ; o Ce groupe de travail a rédigé un référentiel de suivi et d'évaluation des CLS (concepts, éléments méthodologiques, outils opérationnels) et a conçu un tableau de bord de suivi des CLS (fichier Excel). <p>Dans les faits, l'outil de suivi est resté interne aux CLS : l'outil de partage CLS / ARS n'a pas été mis en place par faute de temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque contrat prévoit une évaluation finale du CLS (démarche non cadrée par le référentiel) 	<p><u>Des modalités de suivi et de communication variables d'un CLS à l'autre</u></p> <p>La plupart des contrats prévoient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un bilan semestriel établi conjointement par les co-contractants (à partir de 2014, ce bilan devient annuel) ; - un bilan d'activité final devant permettre aux signataires de décider du renouvellement du contrat ; - des indicateurs de réalisation par fiche action. <p>Dans les faits, le suivi de l'action a été variable, structuré dans certains CLS, moins dans d'autres.</p>

Chaque région a adopté une approche particulière concernant les moyens apportés à la mise en œuvre des CLS.

En Bourgogne

- Structuration homogène des plans d'actions (référentiel) ;
- Instances de gouvernance impulsées par l'ARS ;
- Animation forte des CLS, avec des moyens d'animation permanents financés par l'ARS et la structure porteuse (poste d'animateur en santé) ;
- Référents territoriaux (ARS) bien identifiés par les partenaires ;
- Accès facilité aux financements pour les actions du CLS.

En Franche Comté

- Libre choix donné aux CLS quant à la structuration de sa stratégie ;
- Libre choix donné au CLS quant à ses instances de gouvernance ;
- Animation reposant sur des binômes chargés de mission de la structure porteuse / d'une structure cosignataire (ex. chargés de mission des CCAS ou de la MSA) ;
- Financement des actions du CLS corrélé à une logique de résultats ;
- Des plans d'actions au nombre de fiches actions restreint.

Bilan global sur l'avancement des plans d'actions

Avancées et limites rencontrées

En l'absence de centralisation régionale des éléments de suivi des CLS, ce bilan ne permet pas de mesurer l'avancement de leurs plans d'actions. Pour la même raison, il est également difficile de tirer des conclusions sur les points forts / points faibles des modalités de mise en œuvre des CLS (ex. le fait que les partenaires soient signataires est-il un facteur facilitant pour la mise en œuvre du plan d'actions ?). Les évaluations en cours et prévues apporteront les données nécessaires à cette analyse.

Les entretiens avec les référents ont toutefois permis d'avancer un certain nombre d'hypothèses sur les freins et facteurs facilitants cette mise en œuvre. Le tableau suivant en propose une synthèse.

Les facteurs facilitants
<u>Liés au contexte local</u> <ul style="list-style-type: none">- La présence de leaders "moteur" sur certains sujets (ex. cuisinier de cantine scolaire mobilisateur sur les questions de nutrition...)- Le tissu local, la diversité et le nombre porteurs de projets potentiels (réseaux de santé, associations locales, professionnels de santé...)- Des partenaires actifs (participation aux groupes de travail, contribution financière ou en ETP, mise en œuvre effective des actions...)
<u>Liés au CLS lui-même</u> <ul style="list-style-type: none">- La possibilité de compter sur les moyens d'animation conséquents- La fréquence des comités de pilotage pour suivre l'évolution du CLS et réaliser les ajustements nécessaires- Des thématiques qui font consensus, notamment : l'accès aux soins ; la santé mentale (« préoccupation universelle que partage tous les maires ») ; l'autonomie des personnes âgées (% important de la population régionale)

Les freins

Liés au contexte

- Le partenariat lorsqu'il se limite à de l'« affichage politique »
- La faible disponibilité des membres des comités de pilotages
- Le contexte budgétaire contraint
- La recomposition et redéfinition des champs de compétence des partenaires Etat et Collectivités territoriales
- Le processus de fusion des ARS, qui a déstabilisé l'animation territoriale mise en place, notamment dans la période transitoire, et généré une perte de repères pour les partenaires (notamment les élus)

Liés au CLS lui-même

- Les thématiques impliquant des investissements lourds pour les collectivités ont moins bien fonctionné (ex. actions visant à améliorer l'acoustique des locaux accueillants des enfants → actions supposant des dépenses importantes pour la mise aux normes d'infrastructures communales)
- La durée de contractualisation : trois ans semble court pour permettre en œuvre le plan d'actions (« avec une 1^{ère} année dédiée à l'appropriation du dispositif par les acteurs locaux, une 2^{ème} année consacrée à la recherche des porteurs de projets et à la validation des projets, la mise en œuvre des actions démarre souvent la 3^{ème} année »)
- Le nombre de fiches actions par CLS interroge la capacité à mettre en œuvre / financer le plan d'action, comme la capacité à le suivre

Perspectives

Le CLS reste central dans la stratégie de la nouvelle ARS :

- La « territorialisation », dont la contractualisation constitue l'instrument clé, est l'un des 9 projets prioritaires de l'ARS BFC pour la période mi 2015-fin 2017 ;
- L'ARS BFC prévoyait de finaliser un guide de bonnes pratiques de la contractualisation pour le 1er semestre 2016⁴⁸ ;
- Elle confirme la volonté de promouvoir « la participation citoyenne » pour que les droits collectifs et individuels des usagers s'exercent dans toutes les instances de la démocratie en santé (cf. ARS BFC, les projets structurants) ;
- L'objectif fixé par le DG est de contractualiser sur l'ensemble des 38 territoires de proximité de la nouvelle grande région.

Cette volonté de consolider les démarches de contractualisation au niveau des territoires s'inscrit dans un contexte particulier :

- Au niveau législatif : la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la constitution des contrats territoriaux de santé (CTS) : l'un des enjeux pour la nouvelle ARS est de définir de manière harmonisée le cadre et le contenu du CLS dans ce nouveau contexte, et de gérer la transition entre les CLS existants et les futurs conseils territoriaux en santé (CTS) (service territorial de santé au public - STSP) ;
- Au niveau financier : l'objectif de couvrir la totalité des territoires de la grande région pose la question des moyens à engager par l'ARS si elle fait le choix de financer des postes d'animateur santé sur l'ensemble de ces territoires, comme c'est aujourd'hui le cas en Bourgogne.

Pistes de travail / points de vigilance

Etendre la durée de contractualisation au-delà de trois ans : ce délai a été identique dans les deux anciennes régions, et s'est avéré dans les deux cas trop court pour permettre une mise en œuvre des plans d'actions.

Doter les territoires de l'ingénierie indispensable à la dynamique des contrats (émergence et mise en œuvre) : bien que des choix différents aient été faits dans les deux anciennes régions (cofinancement d'une animation locale en Bourgogne ; mise à disposition des territoires d'une ingénierie spécifique – les animateurs territoriaux en santé - en Franche-Comté), les capacités d'ingénierie sont indispensables. Un choix devra être fait sur les modalités d'appui à privilégier sur l'ensemble du territoire régional.

S'assurer de la faisabilité du plan d'actions : l'ampleur du plan d'actions de certains CLS interroge sur leur capacité à les mettre en œuvre de manière effective et sur la perte de lisibilité de la stratégie associée. Les stratégies des CLS devront être resserrées, en limitant le nombre d'actions et en priorisant celles qui répondent aux besoins des acteurs locaux.

Mettre en place un suivi régional des CLS : cette étude s'est heurtée à un manque de visibilité sur l'avancement des CLS, faute de dispositif de suivi formalisé. Un dispositif régional de suivi des actions et des financements, alimenté par chaque CLS, devra être mis en place.

Organiser les échanges entre les CLS et diffuser les bonnes pratiques : le constat a été fait dans les deux régions de la difficulté à faire émerger de nouveaux CLS, notamment en raison des réticences de certains élus. Communiquer sur les réussites et la valeur ajoutée des opérations portées par les CLS sur les territoires peut être un moyen de faire de la pédagogie auprès de ces acteurs clés, et de les sensibiliser à l'intérêt de la démarche.

Renforcer la place des citoyens dans les CLS : dans la plupart des cas, l'implication des citoyens reste limitée à leur consultation dans la phase de diagnostic. Dans un contexte où les politiques de santé visent à renforcer la place des usagers (cf. chapitre 4.3), un dispositif doit être mis en place pour que ceux-ci soient réellement associés à la mise en œuvre des CLS.

⁴⁸ <http://www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr/Les-projets-structurants.186483.0.html>

2.7 Porte 6 : e-santé

• PREAMBULE

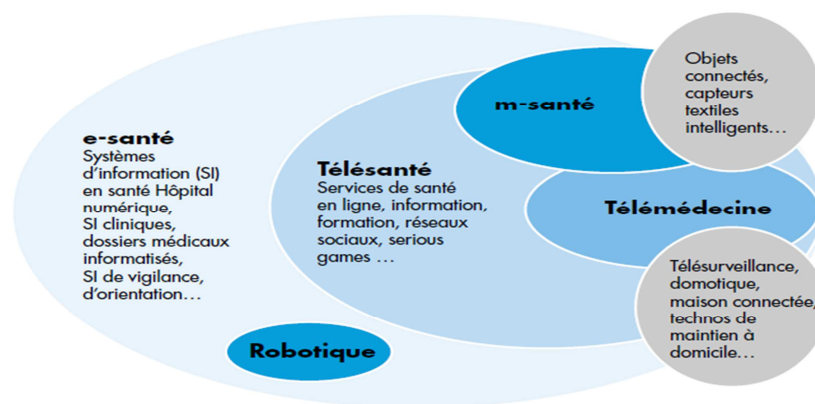
Périmètre de l'évaluation

Constituant l'un des 9 « projets prioritaires » identifiés par l'ARS BFC pour la période mi 2015-fin 2017, l'e-santé a donné lieu à des premiers travaux de capitalisation engagés dans le cadre de la fusion des ARS de Bourgogne et de Franche-Comté.

Il est prévu sur ce sujet que l'évaluation interroge, pour chacune des portes d'entrée :

- les avancées en termes d'e-santé,
- en quoi elles répondent aux enjeux de santé,
- les perspectives de déploiement, les leviers et freins

On notera que la e-santé recouvre différents champs, comme l'illustre le schéma ci-contre :



Source : COPIL BFC e-santé du 13.06.2016

Sources des informations

Ce bilan a été réalisé en deux temps : tout d'abord en recueillant porte par porte les différentes réalisations en matière de e-santé ; puis en recoupant ces informations avec le principal référent pour l'ARS BFC sur le volet e-santé. En l'absence de tableaux de suivi consolidés et d'évaluations réalisées (notamment des PRT et du schéma directeur SIS franc-comtois), cet entretien a permis de compléter la bibliographie et d'approfondir l'analyse des informations collectées.

Un entretien complémentaire est prévu après restitution du rapport pour vérifier la complétude des données et actions repérées.

Documents sources

Les politiques en matière d'e-santé sont structurées par différents types de documents de cadrage, certains nationaux⁴⁹, d'autres régionaux. Au niveau régional, les composantes de la e-santé sont prises en compte dans des documents différents dans les 2 régions et qui n'ont pas toujours la même temporalité :

- En Bourgogne : PRS, PRT, Stratégie numérique santé 2015-2017.
- En Franche-Comté : PRS, PRT, Schéma directeur régional des systèmes d'information en santé (SDRSIS) 2013-2016.

⁴⁹ La stratégie nationale de santé (SNS) et la loi de modernisation de notre système de santé, le plan national de télémédecine, les plans de santé publique, le référentiel et plans nationaux DCC-DMP, le plan national « Hôpital numérique » (HN), le programme Territoire de Soins Numérique (TSN), expérimentation article 36 en télémédecine, expérimentations des parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

Principales caractéristiques de la mise en œuvre de la e-santé en Bourgogne et Franche-Comté

Historiquement, les deux régions ne sont pas parties de la même impulsion en matière d'e-santé.

En Bourgogne

- La mission e-santé est rattachée à la direction de l'offre de soins (DG).
- La définition et la mise en œuvre de la stratégie e-santé est tardive (la Stratégie numérique santé date de 2015) : jusqu'à cette date peu de projets e-santé avaient été mis en œuvre ; depuis plusieurs chantiers d'ampleur et structurants ont été lancés.
- Le groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé Bourgogne est relativement jeune (créé depuis 5 ans), sa logique est très partenariale.

En Franche-Comté

- L'ARS a opté pour la création d'une direction des SIS, directement rattachée à la direction de la Stratégie et Pilotage et clairement identifiée.
- Un Schéma directeur régional des systèmes d'information en santé (SDRSIS) a été élaboré et validé dès 2012 : il inclut un portefeuille de projets déjà existant tout en envisageant d'intégrer par la suite de nouveaux projets faisant appel à des financements complémentaires (SDRSIS p.25).
- Le GCS EMOSIST (« Ensemble pour la Modernisation des Systèmes d'Information en Santé et le développement de la Télémedecine en Franche-Comté ») a été créé en 2004 ; depuis 2010, il est hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé par le Ministère de la Santé et des Sports.

C'est donc dans des contextes sensiblement différents que les régions Bourgogne et Franche-Comté ont élaboré et mis en œuvre leur stratégie en matière d'e-santé. Le tableau suivant en propose une vision synthétique.

	Bourgogne	Franche-Comté
Principaux objectifs	<p>Améliorer le service rendu aux patients et leur implication dans leur santé</p> <p>Faciliter l'appropriation des outils</p> <p>Impulser l'optimisation et l'innovation</p> <p>Impliquer les acteurs dans la gouvernance e-santé et la réalisation du plan d'actions</p> <p>Développer une politique de sécurité régionale</p>	<p>Soutenir le développement des outils d'aide à la prise en charge des patients</p> <p>Faciliter l'accès à l'information de santé pour le grand public et les coopérations entre professionnels de santé</p> <p>Renforcer la gouvernance et la maîtrise d'ouvrage du SIS régional</p> <p>Bâtir une politique de sécurité régionale</p>
Projets et services (sont indiqués en gras ceux qui sont traités dans les portes d'entrée de l'évaluation)	<p>Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)</p> <p>Programme régional de télémédecine (article 36)</p> <p>Le portail d'Information des usagers</p> <p>Messagerie sécurisée santé</p> <p>Répertoire opérationnel des ressources</p> <p>ViaTrajectoire médico-social</p> <p>SINFONIEVRE, Plateforme médicale informatisée d'Imphy</p> <p>Volet e-santé du PAERPA</p>	<p>Un Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)</p> <p>SI dans les champs ambulatoire et médico-social</p> <p>Déploiement du DMP</p> <p>Solutions d'imagerie partagée</p> <p>Service d'identifiant unique régional des patients et des ressources</p> <p>Service d'hébergement des données et des applications</p> <p>Mettre à disposition une messagerie sécurisée</p>

Source : COPIL BFC e-santé du 13.06.2016

La suite de ce chapitre examine successivement les projets et services mis en œuvre dans chaque région dans les champs :

- Des systèmes d'information en santé
- De la télémédecine

- **SYSTEMES D'INFORMATION**

Introduction

Enjeu de santé

Les systèmes d'information sont une des composantes essentielles de l'organisation des professionnels et structures de santé. Dans un contexte où les parcours de soins sont de plus en plus complexes (intervention d'un nombre croissants d'acteurs autour des patients, besoin d'interaction grandissant entre les acteurs des différents secteurs, contraintes juridiques et réglementaires croissantes), ils répondent au besoin des acteurs d'échanger et de communiquer pour assurer la continuité des soins et sécuriser les pratiques.

La Bourgogne comme la Franche-Comté se sont fortement investies dans la mise en place d'outils de partage d'information : la Bourgogne, par le déploiement d'un nombre importants d'outils, souvent expérimentaux ; la Franche-Comté, à travers une approche programmatique (SDRSIS, programmes nationaux).

Les outils recensés dans les bilans des différentes portes d'entrée de l'évaluation sont les suivants :

	Bourgogne	Franche-Comté
Programmes et projets nationaux	Programme Hôpital numérique - Dossier Médical Personnel	
	Projet ETICSS Volet SI du PAERPA	Dossier communicant en cancérologie
Expérimentations, projets et services régionaux	ViaTrajectoire Sinfonièvre Sécurité des systèmes d'information Hospitaliers	

Ce chapitre les examine successivement.

Les programmes nationaux mis en œuvre dans les deux régions

Le programme Hôpital numérique

Ce programme national, piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a pour ambition d'amener les établissements de santé à un palier de maturité de leur système d'information permettant l'amélioration significative de la qualité, la sécurité des soins, et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires autour de la production de soins (cf. précisions en annexe). Son volet financier permet l'octroi d'un soutien financier aux établissements, conditionné par l'atteinte des prérequis indispensables pour assurer une prise en charge en toute sécurité et confidentialité.

Les deux régions ont bénéficié à ce titre d'un financement de 18M€.

Mis en place sur la période juin 2013-décembre 2017, ce programme s'adresse à tous les types d'établissements (MCO, SSR, PSY, HAD) qu'ils soient public, privé ou EPIC.

Le tableau suivant présente les objectifs du programme pour chacune des régions ainsi que les réalisations en nombre de dossiers instruits.

	Bourgogne	Franche-Comté
Objectifs du programme pour la région	<p>Offrir des fonctions de partage et d'échange d'informations pour une prise en charge coordonnée entre les différents acteurs du territoire</p> <p>Renforcer les compétences des équipes techniques et des professionnels de santé sur les aspects SI</p> <p>Financer un socle de priorités, subordonné à des cibles concrètes d'usage</p>	<p>Favoriser l'implication des professionnels de santé au travers des instances régionales et locales sous la direction des instances nationales de la DGOS</p> <p>Renforcer les compétences relatives au SI</p> <p>Stimuler et structurer l'offre de solutions des éditeurs informatiques au travers un programme d'homologation</p>
Nombre de dossiers instruits	30	20

Bilan concernant le déploiement du dispositif

Dans les deux régions le programme a généré une dynamique, qu'illustre notamment la diversité des établissements candidats en 2015.

On constate toutefois que 1,762 M€ de crédits n'ont pas été consommés par les ex-régions Bourgogne et Franche-Comté, dont 1,308 M€ de crédits d'amorçage et 454 000€ de crédits d'usage (et ne seront pas consommés avant la fin du programme). Cette situation, similaire à celle des autres régions françaises, s'explique par l'absence d'établissements pouvant prétendre au programme l'année de son lancement (2013).

Ce programme doit faire l'objet d'une évaluation nationale.

Le Dossier Médical Personnel (DMP)

Le DMP est un outil du décroisement : c'est le « carnet de santé informatisé » accessible par tous les professionnels de santé ainsi que par le patient. En permettant le partage de l'information par l'ensemble des acteurs qui prendront en charge le patient, il constitue une nouvelle

approche. Sa réussite nécessite donc l'implication de tous les acteurs : institutionnels, établissements, professionnels libéraux... ainsi qu'une conduite du changement rigoureuse et suivie (copil, CGS).

Le tableau suivant présente les principales réalisations concernant cet outil.

	Bourgogne	Franche-Comté
DMP créés (données ASIP février 2016)	18 543 DMP 10ème rang national	64 846 DMP (+ 275% par rapport à 2013) 3ème rang national, 5,5 % des habitants de la région disposent d'un DMP fin 2015 (52,4% de ces DMP sont alimentés)
Etablissements participants	7 dont 1 établissement figure dans le TOP 25 des établissements « producteurs » de DMP	32 dont 3 dans le TOP 25
Professionnels libéraux participants	118	649 (+ 149% / 2013)

Précisions concernant les réalisations en Franche Comté

- **Depuis janvier 2011**, dans le cadre des dispositifs « Amorçage DMP » et « DMP en région » financés par l'ASIP Santé, le CGS EMOSIST accompagne avec le soutien de l'ARS la mise en place du DMP dans la région. Le SDRSIS se donne comme objectif de déployer rapidement le DMP conformément aux directives nationales.
- **Un chargé de mission « système d'information » en MSP a été recruté en mai 2014** par la fédération des maisons de santé (FéMaSac). Ses missions couvrent l'ensemble des problématiques liées à l'e-santé et notamment le développement des usages du DMP ainsi que l'accompagnement des professionnels des MSP.
- **la dynamique de création est variable selon les secteurs.** Ainsi, au sein du dispositif PSPA (parcours de santé des personnes âgées) on constate que le Dossier Médical Partagé (DMP) a été peu mis en œuvre (18% de DMP

engagés). La réticence de certains professionnels et l'hétérogénéité des systèmes d'information seraient les principaux freins au déploiement de cet outil (cf. porte 4).

Bilan concernant le déploiement du dispositif

- **La région Franche-Comté s'est particulièrement investie sur le DMP.** Région à l'origine de son développement, elle considère cet outil comme stratégique pour le partage de l'information du patient et la coordination des soins.

Les **principaux freins** rencontrés au déploiement du dispositif sont évoqués dans une note de cadrage DMP d'août 2014 :

- Le déficit de création : cette étape s'avère contraignante car elle nécessite l'information et le recueil du consentement du patient, la connexion au site prévu à cet effet et la saisie informatique des données requises. Toutes les actions entreprises pour promouvoir cette saisie aux services des admissions hospitalières ou par les professionnels libéraux se soldent régulièrement par un épuisement des personnes engagées dans la démarche, lié au temps nécessaire pour effectuer cette opération.
- Bien que le nombre de création de DMP figure dans les objectifs des directeurs d'établissements, il apparaît également que cette approche incitative peut s'avérer contreproductive ; en effet, les agents du bureau de admissions auxquels ne sont pas répercutés ces objectifs, ne proposent pas systématiquement l'ouverture d'un DMP ce qui limite les créations. L'ouverture automatique reste un sujet difficile car l'ASIP a toujours affirmé la nécessité du recueil explicite du consentement auprès du patient.

Perspective

Le DMP comme le DCC (cf. infra) n'a pas connu le succès espéré au niveau national : une phase de relance est en cours. 8 départements ont été sélectionnés, dont le Doubs pour la relance du DMP, pilotée par la CPAM.

Les autres projets menés en Bourgogne

ETICSS - pour un territoire innovant coordonné santé-social

Mis en place en Bourgogne, ce projet s'inscrit dans le cadre du programme national Territoire de Soins Numérique (TSN). Il est piloté au niveau national par la DGOS, accompagné méthodologiquement par l'ANAP et évalué par le consortium EvaTSN. Destiné à améliorer les parcours de santé grâce aux services numériques, ce projet a été retenu au niveau national en septembre 2014 et bénéficie d'un financement à hauteur de 12,5 millions d'euros.

Ce projet concerne le territoire du nord de la Saône-et-Loire (350 000 habitants sur 4 bassins : Autunois-Morvan, Creusot-Montceau, Chalonnais, Bresse bourguignonne). Cette zone se caractérise par des soins de premiers recours où l'exercice coordonné des professionnels de santé est particulièrement dynamique. On y compte 10 maisons de santé pluri-professionnelles et 4 centres de santé. Par ailleurs, la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Saône-et-Loire Nord Morvan, officialisée en février 2015, y était opérationnelle. Elle regroupe les centres hospitaliers d'Autun, Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, ainsi que l'EHPAD d'Epinac.

S'inscrivant dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé et notamment d'une meilleure coordination des acteurs santé-social, ce projet a pour objectifs :

- Une communication améliorée entre le patient, les aidants et l'équipe d'intervenants, à travers des outils de partage d'information ;
- L'accès au bon professionnel, avec la bonne information ;
- Une meilleure organisation des soins, autour du patient.

Il est prévu que ce projet s'applique par palier à six parcours de santé (personnes âgées, cancer, santé mentale, diabète, maladies cardiovasculaires et neurologie) pour une meilleure coordination des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social et une fluidification de ces parcours, selon 4 axes :

- l'amélioration de la relation ville/hôpital

- la meilleure coordination des parcours en s'appuyant sur une plateforme territoriale d'appui
- l'amélioration de l'usage du médicament
- la favorisation du maintien à domicile (en allant jusqu'à la domotique pour sécuriser le domicile)

Le GCS e-santé Bourgogne assure la maîtrise d'œuvre du projet.

Réalisations

- Une plateforme Territoriale d'Appui est accessible aux professionnels de l'ambulatoire par un portail web ou un numéro unique. Elle permet d'organiser un retour à domicile après une hospitalisation, d'évaluer et d'identifier des actions à engager pour faciliter le maintien à domicile de patients en situation de complexité médicale et psycho-sociale.
- Des infirmières de coordination ont été mises en place pour le suivi des patients post-traitements lourds du cancer.
- Le dépistage du diabète associe pharmaciens et médecins traitants.
- Un site web a été créé pour promouvoir la santé chez les enfants et les adolescents.
- Des outils domotiques ont été mis en place : capteurs géolocalisés pour personnes malades d'Alzheimer, capteurs placés sur la porte du frigo...

Bilan et perspectives

Dispositif encore jamais déployé en France (mais déployé en revanche dans d'autres pays comme le Canada, les USA, l'Angleterre...), ETICCS a débuté sa montée en charge.

Dans le cadre de la nouvelle ARS BFC, 3 des 13 parcours prioritaires ont été retenus pour la phase projet :

- Personnes âgées (par définition puisqu'ETICCS a été considéré comme un « PAERPA » BFC) : la mise en service de la V0 était prévu en juillet 2016, la V1 en septembre 2016
- Cancer (janvier et avril 2107)
- Santé mentale (novembre 2016)

Auxquels sont ajoutés :

- Diabète (novembre 2016)
- Maladie cardiovasculaires (avril 2017)
- Neurologie.

Le déploiement d'ETICSS est prévu jusqu'en mars 2017. D'ici là, le rythme de l'innovation pourra être accéléré et son périmètre élargi au champ social.

Déployé à titre expérimental, il sera ensuite évalué en 2017, notamment afin d'évaluer la faisabilité de son éventuelle généralisation à la grande-région où un contexte d'écosystème numérique existe déjà (dossier commun de cancérologie, partage d'identité patient sur la plateforme régionale de Franche-Comté, etc.).

ViaTrajectoire : plateforme d'orientation et de gestion des admissions

ViaTrajectoire est un outil collaboratif permettant aux professionnels d'utiliser des informations partagées afin de simplifier les démarches d'entrée du patient dans un établissement.

Il propose un annuaire des structures, le formulaire de demande d'admission, un outil de recherche multicritères ainsi qu'un thésaurus des pathologies. Il permet ainsi d'identifier les structures compétentes et/ou les structures proches du domicile. C'est aussi un outil de communication entre les prescripteurs.

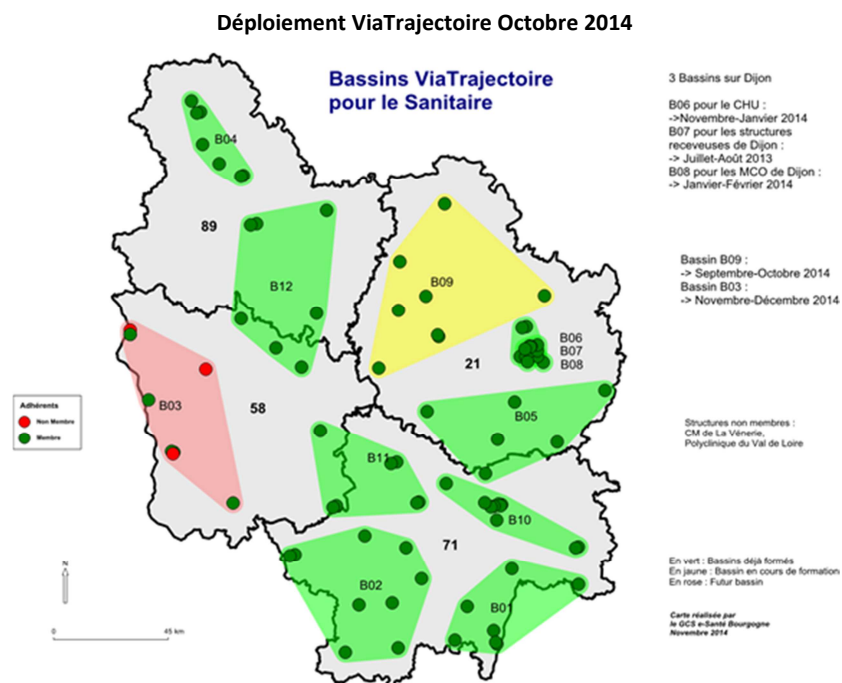
La mise en œuvre du portail Viatrajectoire participe à une stratégie de mise en place des parcours. Les objectifs du portail à termes sont de :

- favoriser la continuité et la fluidité des parcours des personnes au moment des orientations (permettre la gestion des orientations en secteur sanitaire et médico-social) ;

- faciliter les démarches administratives des PH et de leurs familles, mais aussi des praticiens (permettre la gestion des démarches administratives en ligne) ;
- améliorer l'information des collectivités et de l'ARS sur la situation de l'offre en ESMS et sur son adéquation avec les besoins identifiés sur les territoires.

Réalisations

- A partir de la Saône et Loire (71), département pilote de diffusion, la généralisation du dispositif sur le champ sanitaire a été réalisée



Source : Stratégie numérique Bourgogne 2015-2017

Bilan et perspectives

La mise en œuvre de l'outil ViaTrajectoire a eu des premiers effets sur le parcours des personnes âgées et des personnes handicapées. A titre d'exemples (cf. porte 4) :

- L'amélioration de la connaissance des lits disponibles et de la gestion des listes d'attente pour l'entrée en EHPAD.
- L'accélération de la prise en charge des usagers au sein de structures sanitaires ou médico-sociales adaptées à l'état du patient.

Son déploiement sur tout le territoire de la nouvelle région est en cours.

A terme, ViaTrajectoire utilisera le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) comme annuaire des ressources et respecte les référentiels d'interopérabilité définis au niveau national (ASIP Santé).

Volet SI du PAERPA

L'ARS Bourgogne a été retenue dans le cadre des projets pilotes de PAERPA conduit par la DSS. Le territoire de la Bourgogne Nord Nivernaise associé au canton de St Amand en Puisaye a été sélectionné

En janvier 2014, le projet entre dans sa phase de développement des outils numériques et de Systèmes d'Information avec la vocation de renforcer les soins primaires et leur articulation avec les spécialistes pour la population des 75 ans et plus en risque de perte d'autonomie

L'objectif de cette phase est de développer une plateforme de coordination pour :

- Mettre en réseau tous les acteurs intervenant auprès des personnes âgées, sanitaires, sociales et médico-sociales et les moyens de les prendre en charge,
- Organiser la coordination des cas complexes,
- Respecter les standards et référentiels en vigueur, contrainte incontournable,
- Articuler tout nouveau SI avec les outils déjà existants, dans une logique d'urbanisation

Remarque : le programme PAERPA articule divers outils ou actions SI : MSS, télémédecine, DMP, Viatrajectoire, ROR.

Réalisations

- Installation d'un système de messagerie sécurisée
- Développement d'un logiciel spécifique pour assurer le suivi et la coordination des actions à l'échelle du programme (assure le suivi des plans personnalisés de santé)

Bilan et perspectives

La poursuite du volet SI du PAERPA s'oriente vers une mutualisation des outils pour le secteur du médico-social en mode hébergé, comprenant une plateforme et un logiciel mutualisé pour toute la région. Les volets fonctionnels concernés sont :

- Gestion administrative de la personne
- Fonction médicale et gestion des soins
- Projet de vie et social

Sinfonièvre, Plateforme médicale informatisée d'Imphy

L'ARS de Bourgogne a financé en avril 2015, dans le cadre du Contrat local de santé, l'expérimentation d'une plateforme médicale informatisée à Imphy (Nièvre) pour pallier la dégradation rapide de l'offre médicale sur ce territoire alors que le nombre de patients en Affection de Longue Durée s'élevait à 1300 début 2014.

Ce projet de mutualisation « Soins Informatisés de la Nièvre » (SINFONièvre) s'inscrit dans le cadre de la modernisation des systèmes d'information hospitaliers soutenus et financés par le plan Hôpital 2012 ainsi que dans les orientations du programme Hôpital Numérique.

Ses objectifs⁵⁰ sont les suivants :

- Etendre la couverture fonctionnelle du dossier patient au dossier médical et de soins, au circuit des médicaments et des dispositifs médicaux, à la prescription des actes, aux urgences ainsi qu'à la gestion des rendez-vous. L'évolution des réseaux sans fil des établissements et le déploiement de plus d'une centaine de postes nomades sont prévus afin de privilégier la saisie des données en temps réel au lit du patient.
- Se conformer aux orientations nationales et régionales de la politique des systèmes d'information hospitaliers, au décret de confidentialité, aux Contrats de Bon Usage du Médicament ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANAP.
- Rechercher dans le cadre du déploiement initial du DPI et de son exploitation, une complémentarité inter-établissements à l'échelle du territoire de santé de la Nièvre en vue de faciliter, par l'échange des données et la mobilité des ressources médicales, le développement des coopérations et des filières graduées de soins entre les acteurs de santé.
- Elaborer une nouvelle organisation de l'offre de soins par la mise en place d'une équipe libérale de proximité sur le territoire.
- Mettre en place un logiciel de gestion d'un cabinet commun aux médecins du territoire permettant le partage de dossiers (en priorisant les maladies chroniques).

Réalisations

Un dossier patient commun a été mis en place sur 5 établissements de la Nièvre. L'expérimentation arrive aujourd'hui à une phase de maturité.

⁵⁰ <http://www.dsih.fr/article/234/les-centres-hospitaliers-du-projet-soins-informatises-de-la-nievre-choisissent-mckesson-pour-leur-dossier-patient-mutualise.html>

Bilan et perspectives

Projet précurseur des GHT, cette expérimentation permet à la Nièvre de disposer du seul GHT de la région disposant au démarrage d'une uniformité des systèmes d'information.

Les autres projets menés en Franche-Comté

Le dossier communicant en cancérologie (DCC)

Le Plan Cancer 3 a réaffirmé l'importance de la « généralisation du DCC et la mobilisation des outils de communication numérique au service de la coordination ville - hôpital ». L'INCa et l'ASIP Santé ont élaboré, en coopération avec 7 régions pilotes, le « Cadre national DCC et DMP ».

De nombreux documents peuvent désormais intégrer le DMP de manière structurée et notamment :

- les comptes rendus d'anatomo-cytopathologie (CR-ACP), opératoire (CRO), d'imagerie, de biologie,...
- la proposition thérapeutique établie lors de la RCP sur la base des éléments de diagnostic de la fiche RCP.
- le programme de prise en charge personnalisé remis au patient, en lien avec la décision thérapeutique proposée (programme personnalisé de soins).
- le programme d'accompagnement de l'après-traitement, en lien avec les besoins de surveillance médicale et de suivi, à la sortie de la phase aiguë du traitement (programme personnalisé de l'après-traitement).

Le GCS EMOSIST de Franche Comté travaille actuellement en collaboration l'IRFC/ONCOLIE pour mettre en œuvre ces volets dans le DCC et/ou le DMP.

Bilan et perspectives

Le DCC s'est révélé être un outil très structurant de la filière cancérologie : en phase avec la façon de travailler des oncologues, il est en usage courant en Franche-Comté.

Sa généralisation à l'ensemble de la grande région a été acté (cadre stratégique déjà élaboré). Le DCC sera intégré aux autres outils d'ETICSS.

Expérimentations dans le cadre du Parcours santé des personnes âgées (PSPA)

Réalisations

Des solutions domotiques sont expérimentées dans le cadre du PSPA franc-comtois sur 3 champs spécifiques :

- la prévention des chutes via les chemins lumineux et les patchs détecteurs de chute
- l'iatrogénie médicamenteuse via un pilulier intelligent ;
- la dénutrition via des balances « communicantes ».

Bilan et perspectives

Les solutions expérimentées ont des résultats inégaux :

- Les chemins lumineux ont très bien fonctionné
- Le pilulier communiquant n'a pas une grande valeur ajoutée dans un contexte où les infirmiers font bien leur travail
- L'efficacité des patchs détecteurs de chute se heurte à une double difficulté, économique et organisationnelle (qui vient vérifier s'il y a eu chute, comment prendre en charge la remontée de l'information...)

Bilan

Avancées et limites rencontrées

Le recensement, dans chacune des portes d'entrée de l'évaluation, des projets mis en œuvre dans le champ des systèmes d'information, leur **diversité** (dans le cas de la Bourgogne) et leurs **résultats** (dans le cas de la Franche-Comté) témoigne de l'implication des deux régions sur cette thématique.

Le déploiement de nouvelles expérimentations se confronte toutefois à une même limite : alors que la e-santé est un champ exploratoire, avec de multiples expérimentations possibles, **il n'existe pas de modèle économique en e-santé**. Par conséquent, les expérimentations doivent être financées et sont nécessairement en nombre limité.

Perspectives

La note de cadrage « Projet structurant e-santé » souligne, parmi ses objectifs opérationnels, la nécessité de « mutualiser, capitaliser et disposer d'outils partagés et de bonnes pratiques ». Elle donne des indications quant aux perspectives envisagées pour un certain nombre de dispositifs (projets de télémédecine et de systèmes d'information confondus) :

- Les expérimentations concluantes (TSN, PAERPA, article 36) seront généralisées et étendues à l'ensemble de la nouvelle région ;
- Les réalisations concluantes (notamment ROR, AVC, DCC, plateforme régionale de télémédecine, ...) convergeront vers une solution unique.

• TELEMEDECINE

Introduction

Enjeu de santé

Dans des régions à forte composante rurale et dont la démographie médicale est préoccupante (notamment au niveau des spécialités autres que la médecine générale), les solutions de télémédecine (définition en annexe) peuvent proposer une réponse s'inscrivant dans de nouveaux modèles de prises en charge.

Les objectifs attendus du développement des usages de la télémédecine sont les suivants :

- améliorer l'accessibilité de tous à des soins de premier recours et aux spécialistes sur l'ensemble du territoire ;
- améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires, hospitalières et médico-sociales ;
- améliorer le parcours de soins des patients ;
- améliorer l'efficacité du système de santé.

Stratégies de déploiement de la télémédecine dans les deux régions

Le déploiement de la télémédecine sur la période 2012 – 2017 repose dans les deux régions sur :

- un programme de télémédecine structurant ;
- une plateforme de télémédecine propre à chaque région ;
- un portage historique par le GCS e-santé Bourgogne et le GCS e-santé EMOSIST franc-comtois.

Les 2 approches ont toutefois été différentes :

Approche Bourgogne	Approche Franche-Comté
<ul style="list-style-type: none">- Financement de l'activité liée à la télémédecine (la région a bénéficié pour cela de l'Article 36⁵¹)- Mise en place des dispositifs de télémédecine en amont, en faisant l'hypothèse que les usages vont suivre- Approche ambulatoire	<ul style="list-style-type: none">- Financement de l'équipement (mais pas l'activité liée à la télémédecine)- Projet très travaillé en amont pour organiser la relation entre l'expert et le requérant, mise en œuvre du projet uniquement une fois que le dispositif est « mûr » pour être mis en œuvre- Approche hospitalière

⁵¹ A compter du 1er janvier 2014 et pour une durée de quatre ans, **l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge**, d'une part en médecine de ville et, d'autre part en structures médico-sociales **est autorisée dans certaines régions pilotes.**

Les réalisations

Etat des lieux des projets opérationnels et des actes de télémedecine réalisés dans les deux régions

En juin 2016, l'état d'avancement des projets de télémedecine dans les deux régions est le suivant :

Axe	Pathologie	Nombre de sites équipés	
		Bourgogne	FC
Prise en charge des urgences	Télé AVC	21	9
	Télé neurologie	25	9
	Télé Radiologie	7	5
	Télé Anatomopathologie		4
Maillage territorial pour l'accès aux soins de premier recours	Télé dermato	30	8
	Télé dermato en mobilité		10
	Télé cardio	10	
	Télé Gériatrie	10	4
	PAERPA	10	
	ETICSS	10	
	Extension des projets	A acter	A acter
Prise en charge des maladies chroniques	Télé néphrologie	3	2
	Dépistage rétinopathie diabétique	Bus itinérant	Bus itinérant
	Télé diabétologie	7	5
	Télé psychiatrie	15	7

	Télé SSR Neuro	7	
	Télé consultation médicosocial	10	TELMED

■ Opérationnel
 ■ En cours de déploiement
 ■ Phase d'initialisation

Source : COPIL BFC e-santé du 13.06.2016

Le tableau suivant recense entre 2015 et 2016 les actes de télémedecine réalisés via les plateformes de télémedecine opérationnelles :

Région	Pathologie	Année 2015	Janv. 2016	Fév. 2016	Mars 2016	Avril 2016
Bourgogne	Télé AVC	396	51	39	50	40
	Télé Neuro	0			3	3
	Dermatologie	99	36	33	48	35
	Néphrologie	7	3	2	5	4
	Gériatrie	0				4
Franche-Comté	Anapath	50	Pas de statistiques mensuelles disponibles			
	Suivi des plaies	100				
	Télé Neuro	2 200				
	Télé AVC	210				
	Télé radiologie	600				

Source : Présentation Télémedecine en B-FC avril 2016

Ces données sont analysées dans les paragraphes qui suivent.

Réalisations en Bourgogne

- **En Juin 2014, le GCS e-santé et l'ARS Bourgogne ont inauguré la plateforme de télémedecine multiservices**, opérationnelle pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et la télé-expertise Dermatologique. Un service de visioconférence, outil de collaboration, est jumelé à la plateforme. Il permet aux professionnels de se réunir à distance et d'organiser différents événements (réunions, formations, échange et partage de documents...). Il multiplie aisément les possibilités d'entretiens entre professionnels de terrain.
- **Les services de téléassistance, télé expertise et téléassistance ont été déployés** au sein de la plateforme. L'accès au service de télémedecine se fait à travers la plateforme régionale, qui permet de mutualiser les services et les coûts de mise en place.
- **La Bourgogne est l'une des régions pilotes pour le Télé-AVC en France**⁵². Son modèle en étoile couvre 1,6 millions d'habitants.
- **Des expérimentations sont en cours, notamment en télépsychiatrie :**
 - o Une expérimentation portée par l'association PEP 21 sur 8 sites reliés a permis d'installer des **téléconsultations en CAMSP** pour le suivi psychologique des PH enfants.
 - o Plusieurs projets ont débuté en 2016 visant notamment à **décloisonner les CMP** : entre le CH Macon et le CMP de Paray-le Monial (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte), entre le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de l'Yonne et le CMP du CHS au CH Sens (pédopsychiatrie), le CHS de Sevrey et le CMP d'Autun (pédopsychiatrie).
 - o **D'autres structures** sont également concernées avec la mise en place de projets en 2016 de télépsychiatrie entre le CHS de Sevrey et le SAU du CH de Chalon sur Saône (psychiatrie d'urgence), le CHS de Sevrey et les Ehpad du CH Autun et Ehpad du CH de Tournus (gérontopsiatrie).
- **15 projets de télémedecine sont en cours en 2016** (comme en 2011) ; 7 sont opérationnels (6 en 2011) ;

⁵² <http://www.telemedecine-360.com/le-tele-avc-en-bourgogne-serait-sur-et-efficace-selon-une-etude-recente/#more-3338>

- **502 actes** de télémedecine ont été recensés en 2015 par les plateformes de télémedecine opérationnelles.

En avril 2016, les retours d'expérience des premiers déploiements en Bourgogne évoquent :

- Des déploiements trop longs entre le démarrage du groupe métier et le premier acte
- La difficulté de mettre en place des nouvelles organisations
- Un besoin d'être accompagné au-delà des installations
- Des visions parfois trop universitaires
- La nécessité de renforcer la stabilisation du système Télé AVC

Réalisations en Franche-Comté

- **Le bilan à mi-parcours (2014) du PRS** franc-comtois fait état du développement des différents champs de la télémedecine dans la région :
 - o La **téléconsultation** : suivi des plaies du pied du patient par téléconsultation avec un diabétologue (depuis 2013) ; développement de la télémedecine au service des aînés dans des Ehpad.
 - o La **télésurveillance** : développement de la télédermatologie (le patient reçoit à son domicile la visite d'un infirmier qui réalise des clichés de la plaie puis les transmet au dermatologue).
 - o La **téléassistance** : développement de la téléradiologie, dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique.
 - o La **téléexpertise** : mise en place des staffs entre tous les médecins anatomo-cytopathologistes de la région.
- **La région participe au déploiement du projet pilote national AVC :**
 - o participation à la rédaction du guide de l'ANAP « la télémedecine en action : prise en charge de l'AVC » (mai 2014)
 - o participation aux études (nationale et régionale) de coût
 - o Hausse du nombre de téléconsultations AVC entre 2010 et 2013 (95 à 893, soit).
 - o Signature de **3 contrats entre l'ARS et les opérateurs** (contractualisation obligatoire, cf. décret de télémedecine)

- **La région a été retenue comme région pilote en télémédecine pour la neurologie :**

- o La barre des 20 000 demandes annuelles d'avis neurologique par télémédecine a été atteinte dès 2013 soit plus de 180 consultations par jour
- o en 2013, 89% des demandes d'avis spécialisés en neurologie sont traités par télémédecine
- o Le versant « urgences » du dossier électronique régional de neurologie est opérationnel depuis septembre 2013
- o Le nombre de téléconsultations cumulées est passé de 95 en 2010 à 893 en 2013, puis à 2 200 en 2015.

- **Deux projets expérimentaux de télépsychiatrie** (consultations à distance avec un psychiatre) sont en cours depuis 2015 :

- o Au CHS du Jura (Dole) : les téléconsultations ont lieu 1 fois par semaine ou par quinzaine ; le médecin est à Dole, dans une salle dédiée ; le patient (patients adultes du CMP de St Claude) est toujours accompagné d'un soignant qui le connaît, dans une salle dédiée. Le médecin a accès au dossier médical du patient, il saisit son observation sur le dossier médical et peut envoyer une ordonnance sur une imprimante de St Claude. Les prescriptions médicamenteuses restent sous la responsabilité du médecin.
- o A l'AHFC, le projet concerne les sujets âgés : des conventions entre l'AHFC, les Ehpad et l'ARS devaient être signés pour la mise en œuvre de téléconsultations (médecins psychiatres basés à Vesoul, en lien avec les médecins coordonnateurs de 15 à 20 Ehpad).

- **13 projets de télémédecine sont en cours en 2016** (9 en 2011) ; 9 sont opérationnels (2 en 2011) ; 3 160 actes de télémédecine ont été recensés en 2015 par les plateformes de télémédecine opérationnelles.

Bilan

Avancées et limites rencontrées

Les deux régions ont mis en place des plateformes de télémédecine robustes. Les avancées réalisées en matière de télé-AVC et neurologie en sont une illustration : les deux régions sont parmi les plus avancées en France.

Ces réalisations reposent notamment sur deux leviers :

- L'administration des plateformes par un GCS qui apporte soutien et conseils à tous les projets de télémédecine existants ou en devenir.
- Une volonté affichée de nombreux acteurs : certaines directions d'établissement et des équipes de professionnels de santé sont dynamiques, reconnues et mobilisées.

Malgré ces atouts communs, **les réussites sont différentes dans les deux régions** :

- La Bourgogne a bénéficié d'un financement de l'activité de télémédecine (article 36), propice à un déploiement accéléré des dispositifs sur le territoire (165 sites équipés en juin 2016) ; les usages les suivent toutefois à un rythme plus lent.
- Les usages ont mieux suivi en Franche-Comté, démontrant l'efficacité de l'accompagnement en amont des dispositifs de télémédecine. Le nombre de sites équipés est moins important qu'en Bourgogne (63).

Dans les deux régions, le déploiement des dispositifs de télémédecine se heurtent à des **freins similaires** relevant notamment :

- des **contraintes liées au cadre réglementaire** (consentement et information du patient ; conditions garantissant l'authentification des PS, du patient, l'accès des PS aux données médicales ; dossier de télémédecine propre ; hébergeur agréé données santé, déclaration CNIL, contractualisation ARS opérateur...).

- des **contraintes liées au financement**, tous les coûts d'investissement technique et de fonctionnement sont à la charge des utilisateurs (pas de facturation possible de la télémédecine à l'assurance maladie en dehors de la rétinopathie diabétique et expérimentations spécifiques). Les plateformes régionales de télémédecine et les projets régionaux (investissements et fonctionnement) sont donc financés essentiellement par les ARS. On Cet aspect expérimental (non pérenne) de ces dispositifs financés hors du droit commun constitue également un frein à la participation des professionnels.
- des **freins psychologiques** : travailler avec le numérique change les pratiques ; certains professionnels craignent de rencontrer des difficultés de rémunération lors de téléconsultations.

Perspectives

A partir des enseignements de l'expérience bourguignonne et franc-comtoise, une nouvelle approche en télémédecine est en cours de mise en place autour de 3 axes :

- Les maisons de santé pluridisciplinaires (patients nombreux, personnel demandeur dans le cadre de MSP 2ème génération qui accueilleront internes, petite urgence...): l'objectif serait d'équiper toutes les MSP en équipement de télémédecine.
- La personne âgée et les EPHAD.
- la télé-expertise, plutôt que la téléconsultation (plus complexe car suppose une conciergerie, des plages horaires spécifiques... alors que la télé-expertise peut se faire en mode asynchrone).

Pistes de travail / points de vigilance

Consolider les projets existants. Pistes proposées⁵³ :

- Renforcer le cadencement des déploiements.

- Aider au développement effectif des usages, en les accompagnant en amont de la mise en œuvre des dispositifs de télémédecine, pour une meilleure appropriation des outils par le personnel ; en élargissant les acteurs ciblés.

Unifier les plateformes de télémédecine avec une vision grande région

- Travailler sur l'interconnexion entre les plateformes et les SIH.
- Etre à l'écoute des professionnels de santé voulant rejoindre des projets régionaux ou voulant initier de nouveaux projets de télémédecine.

Développer des modèles technico-économiques permettant :

- de pérenniser les projets. Plusieurs pistes sont en cours : travail avec les éditeurs pour baisser les coûts des licences ; mobilité pour baisser les coûts du matériel, facturation de l'activité
- de financer l'activité. Pistes en cours : définition de modèles médico-économiques : prestation inter établissement (Télé AVC et Neuro) ; partage de l'acte (Télé cardiologie) ; partage de temps médical ; article 36 en Bourgogne ; FIR ou CNR.

Capitaliser des acquis et des expériences des deux régions pour les pérenniser et les valoriser

Continuer à réaliser des évaluations d'impact des investissements réalisés, notamment en termes d'efficience et de qualité de la prise en charge (évaluations médicoéconomiques).

⁵³ Comité de pilotage Télémédecine d'avril 2016.

• CONCLUSION

La fusion des 2 ARS constitue un défi en matière d'e-santé. Comme le souligne la note de cadrage « Projet structurant e-santé », il s'agit à la fois :

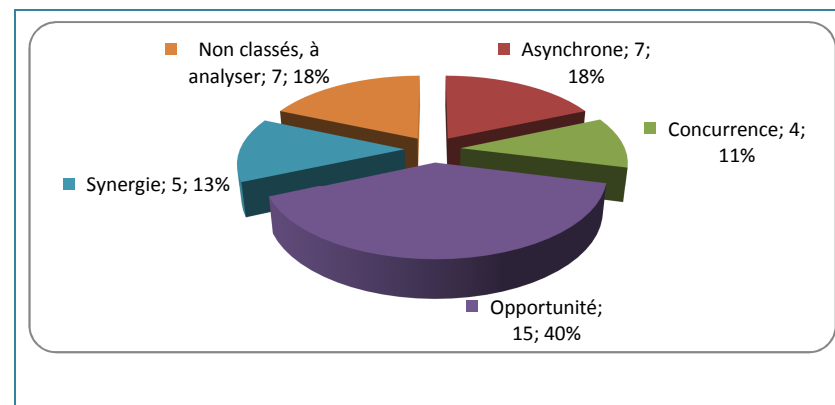
- Définir une politique et une stratégie e-santé régionale à partir des deux stratégies e-santé (SDRSIS, PRT, ...) définies préalablement dans les deux régions avec des partenaires régionaux différents (Région, SGAR, GCS, ...);
- Capitaliser des acquis et des expériences des deux régions pour les pérenniser et les valoriser;
- Intégrer de manière durable et pérenne la composante e-santé dans les pratiques professionnelles et dans l'offre de soins;
- Mettre en place une nouvelle gouvernance régionale de l'e-santé;
- Contribuer à et influencer sur la stratégie et les projets nationaux.

Un GT spécifique se réunit depuis 2015 pour, à partir d'un diagnostic, poser des problématiques communes, définir les objectifs généraux et mettre en place un premier plan d'actions.

Le diagnostic réalisé dans le cadre des groupes Bourgogne-Franche-Comté a permis d'identifier de **nombreux atouts dans chacune des régions** :

- Des expérimentations nationales : TSN, PAERPA, Article 36, télémédecine;
- Des services numériques au service de filières d'excellence telles que l'oncologie ou la prise en charge précoce de l'AVC;
- Des similitudes dans les outils utilisés (Ex : Répertoire Opérationnel des Ressources);
- Des complémentarités du point de vue des compétences des GCS e-santé ainsi que de leur offre de services (ENRS).

Une analyse approfondie projet par projet, fait par ailleurs apparaitre une majorité de situations que l'on peut qualifier d'opportunités; **peu de projets apparaissent réellement en « concurrence »** (voir graphique ci-dessous).



- Asynchrone : 2 mêmes solutions mais leur déploiement se fait dans un timing différent
- Concurrence : 2 solutions différentes sont déployées
- Synergie : les 2 mêmes solutions sont déployées
- Opportunité : capitalisation ou mutualisation possible d'une solution

Plusieurs objectifs stratégiques ont d'ores et déjà été fixés :

- Organiser la gouvernance stratégique et opérationnelle du projet TSN
- Définir une politique et une stratégie régionale en matière d'e-santé
- Mutualiser, capitaliser et disposer d'outils partagés et de bonnes pratiques
- Positionner l'ARS BFC comme une ARS ressources au niveau national

- **ANNEXE PORTE 7 – DEFINITIONS DES NOTIONS ET DES DISPOSITIFS**

- **La télémédecine**

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Cinq actes de télémédecine ont été définis par le code de la santé publique (l'article L6316-1 - Décret du 19/10/2010)

La téléconsultation : c'est une **consultation médicale à distance** réalisée en présence du patient. Le patient, acteur à part entière, peut dialoguer avec le médecin requérant ou le médecin téléconsultant. Un professionnel de santé (un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute, un manipulateur radiologue...) peut assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Ex : Téléconsultation de gériatrie, psychiatrie

La téléexpertise : c'est une **aide à la décision médicale** apportée à un médecin par un autre médecin situé à distance. Elle peut se réaliser en dehors de la présence du patient. C'est un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble, en fonction de leur spécialité, un diagnostic et/ou une thérapie sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical. Ex : Télé expertise dermatologique

La télésurveillance : c'est un acte médical qui permet de **surveiller à distance** un patient. Il découle de la transmission de données nécessaires au suivi médical d'un patient, permettant au médecin qui interprète ces données de prendre les décisions diagnostiques et/ou thérapeutiques adaptées. Ces données sont recueillies par un professionnel de santé qui peut être un paramédical qui agit sous la responsabilité d'un médecin. Ces données peuvent être transmises par le patient lui-même. Ex : Télé surveillance hypertension artérielle au domicile

La téléassistance : un **médecin assiste à distance** un autre médecin ou un professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie, voire dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à personne en danger en attendant l'arrivée d'un médecin. Ex : Fibrinolyse d'un patient par un neurologue à distance

La réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale (SAMU).

- **Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)**

L'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) se définit comme un espace de services dématérialisés qui respecte le cadre d'interopérabilité et les référentiels nationaux. Il est un espace de confiance qui regroupe les services nécessaires à la bonne coordination des professionnels de santé. . Il est constitué d'un bouquet de services internet innovants destinés à tous les professionnels libéraux, hospitaliers et médico-sociaux. Il répond au quotidien aux besoins d'échanges, de partage, d'accès aux informations nécessaires à la prise en charge des patients. Il est le socle du système d'information régional.

- **Article 36 – Financement de la télémédecine**

A compter du 1er janvier 2014 et pour une durée de quatre ans, **l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge**, d'une part en médecine de ville et, d'autre part en structures médico-sociales **est autorisée dans des régions pilotes** dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est fondée sur un cahier des charges national défini par arrêté. Son pilotage repose sur les ARS en dérogeant aux règles de facturation, de tarification et de remboursement de droit commun.

L'exposé des motifs du PLFSS pour 2014 cible trois objectifs, faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-denses ou enclavées, optimiser les parcours de santé, notamment des personnes âgées et handicapées et renforcer l'efficacité de la prise en charge pour les patients. Basées sur le volontariat et ouvertes à l'ensemble des établissements médico-sociaux

pour personnes âgées ou handicapées (Ehpad, MAS, FAM, etc.), ces expérimentations ciblent des activités de téléexpertise, de téléconsultation et de télésurveillance, par exemple pour le suivi des plaies chroniques ou les consultations dans les structures médico-sociales.

L'évaluation de cette expérimentation sera conduite par la Haute Autorité de santé. Un rapport sera transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

- **Le dossier médical personnel (DMP)**

Créé par la loi du 13 août 2004, le Dossier Médical Personnel (DMP) est un service conçu pour contribuer à l'amélioration de la coordination, de la continuité et de la qualité des soins.

Le DMP est un dossier médical informatisé et sécurisé, accessible sur Internet. Il est utilisé par les professionnels de santé avec le consentement du patient. Il contient les informations personnelles de santé utiles à une prise en charge coordonnée du patient : traitements, analyses de laboratoires, antécédents médicaux et chirurgicaux, allergies, comptes rendus hospitaliers et de radiologie, ...

Le DMP est un service public proposé gratuitement à tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie.

Créé à la demande du patient et placé sous son contrôle, il n'est pas obligatoire. Il assure un très haut niveau de sécurité et de confidentialité des données.

Le DMP est aussi accessible par le patient : depuis le 21 avril 2011, tout patient qui le souhaite peut accéder à son DMP via Internet, sans passer par un professionnel de santé grâce à un identifiant unique et un code personnel.

2.8 Porte 7 : Parcours en santé mentale

• PREAMBULE

Périmètre de l'évaluation

Le champ retenu par le Comité de pilotage porte sur l'évaluation dans les deux régions des mesures relatives à :

- la démographie médicale
- les urgences psychiatriques
- la coordination sanitaire/médico-social
- l'insertion des personnes porteuses d'un handicap psychique

Les référents interrogés ont souhaité ajouter à ces thématiques l'évaluation des mesures relatives à la lutte contre le suicide, sujet dont les réalisations n'auraient selon eux pas pu se faire sans le PRS et qui a fortement évolué au cours de la mise en œuvre des PRS 2012-2016.

Sources des informations

Ce bilan a été réalisé sur la base d'entretiens avec **5 interlocuteurs** : 2 pour le PRS Bourgogne (coordinatrices et actuellement codirectrices du parcours psychiatrie santé mentale), 3 pour le PRS Franche Comté (tous trois membres du groupe de travail santé mentale). En l'absence de tableaux de suivi consolidés, ces entretiens ont permis d'approfondir les informations collectées. La fusion des ARS a limité dans certains cas l'exhaustivité du recensement des réalisations sur la période 2012-2016. Des échanges par mail (1 interlocuteur par région) ont permis de recueillir de la bibliographie sur des sujets spécifiques (télémédecine et handicap psychique de l'enfant et adolescent / de l'adulte).

Synthèse des objectifs

Les objectifs relatifs aux parcours en santé mentale ont été abordés de manière distincte dans les 2 régions : en Bourgogne, ceux-ci sont dans leur totalité traités dans le chapitre « Psychiatrie santé mentale » du SROS ; en Franche-Comté, ces objectifs sont formulés dans 3 schémas et dispersés au

sein même de ces schémas. Sur cette base nous les avons reformulés en cinq grands objectifs :

OBJECTIFS	Documents sources / objectifs spécifiques	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
1. Renforcer la démographie médicale et des professionnels de la santé mentale	SROS : OG1, OG6 Programme de télémédecine	SRP santé mentale OG3 SROS psychiatrie OG 3.1/3.2 /3.4 Priorité stratégique 3.3
2. Améliorer la réponse aux urgences psychiatriques	SROS : OG2	SROS psychiatrie OG 3.3/4.2 Volet psychiatrique du SROS urgence révisé
3. Favoriser la coordination entre les partenaires des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux	SROS : OG1, OG4, OG5	SRP santé mentale OG 3.1/3.3 SROS psychiatrie OG 3.4/3.5/4.1 SROMS HP enfant ado : OG 3.1/3.2/3.3 SROMS HP adultes OG 3.1/3.2/3.3 Priorité stratégique 2.3
4. Améliorer la qualité de vie et le maintien dans la cité des personnes atteintes de handicap psychique	SROS : OG1	SROMS HP adultes OG 3.2 SRP Fiche santé mentale OG 3.3 SROS psychiatrie OG 4.1/4.2 SROMS HP adultes OG 3.4 Priorité stratégique 3.4
5. Prévenir les tentatives de suicide et les suicides	SROS : OG7	SRP santé mentale OG 3.1/3.2 Priorité stratégique 2.3

La mise en œuvre de ces objectifs a reposé sur des approches différentes : les actions en Bourgogne ont été « départementalisées » (différents types d'action menée dans chacun des départements) tandis que la Franche-Comté a adopté une politique plus « régionalisée » à travers l'appui à la mise en œuvre des plateformes territoriales de coordination.

Le chapitre recense les réalisations pour chacun de ces objectifs.

• OBJECTIF 1 : RENFORCER LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE MENTALE

La Bourgogne-Franche-Comté est l'une des régions françaises les plus concernées par le manque de psychiatres et pédopsychiatres. La densité de psychiatres pour 100 000 hab. y est de 6 points inférieure à la densité en France métropolitaine (17 psychiatres pour 100 000 habitants pour 23 au niveau national). Aucun des 8 départements n'atteint la densité nationale, les plus déficitaires étant la Nièvre, la Saône et Loire, le Jura et le territoire de Belfort. Malgré une légère augmentation du nombre de médecins psychiatres formés dans la région, le taux de remplacement actuel ne couvre pas l'ensemble des départs à la retraite prévu dans les 5 ans.

Les capacités d'agir sur le nombre d'étudiants en psychiatrie étant limitées, les 2 PRS ont privilégié les leviers d'action suivants :

1.1 Favoriser l'installation des professionnels de santé dans la région, et en particulier dans les zones en difficulté

1.2 Pallier au déficit en développant les coopérations et les approches innovantes

Pour chaque levier d'action, nous avons repéré les modalités envisagées par chacun des PRS et mis en regard les réalisations effectives sur la période.

Levier d'action 1.1 : Favoriser l'installation des professionnels de santé dans la région, et en particulier dans les zones en difficulté

Dans un contexte de déficit démographique accentué, fidéliser les internes formés dans la région et les inciter à s'installer dans les zones les plus en difficulté constitue un enjeu fort pour les deux régions.

Les réalisations communes aux deux régions

- **Mise en place de bourse d'internat** pour ceux qui s'engagent à effectuer au moins 2 ans après leur internat (contrats de service public) :

- Bourgogne. 2 signataires en psychiatrie (89 et nord 21) ; la 1ère interne est en cours d'installation.
- Franche Comté. 1 signataire.
- **Financement de postes d'assistants spécialistes partagés** entre le CHU et des établissements périphériques afin de donner aux jeunes diplômés des perspectives d'évolution en gardant un lien avec l'université (outil permettant également à ces établissements périphériques de pourvoir des postes en psychiatrie)
 - Bourgogne. Création d'1 poste d'assistant partagé avec le CHU (nord 21)
 - Franche Comté. Nombre de signataires non communiqué.
- **Mise en place d'une gestion régionale des postes médicaux** afin de rationaliser l'affectation des professionnels en établissements psychiatriques
 - Bourgogne. Un groupe de travail démographie a été mis en place en 2014 par l'ARS : réunissant représentants URPS (union régionale des professionnels de santé) et représentants des internes, il a permis la réalisation d'une mini-enquête sur 2-3 années pour connaître les lieux d'installation des internes formés dans la région, a favorisé le partage d'idées entre établissements et permis la formalisation d'un accord sur une modalité de répartition des postes d'internes entre tous les établissements de la région (certains établissements captaient jusqu'alors la quasi-totalité des internes).
 - Franche Comté. Des avancées ont eu lieu au sujet des postes d'assistants : sous l'impulsion du département RHSS créé par la nouvelle ARS, des réunions ont été organisées avec l'ensemble des établissements. La gestion des postes médicaux dépend néanmoins fortement de la volonté des chefs d'établissement.

Les réalisations en Bourgogne

- **Un séminaire à l'attention des internes de psychiatrie** a été réalisé le 25 janvier 2016 à l'UFR des sciences de santé de Dijon dans l'objectif de capter les futures installations. En plus du cursus d'enseignement de psychiatrie, ont été présentés les diplômes complémentaires et les différentes modalités d'exercice de la psychiatrie existant dans la région.

Tous les établissements ayant une activité de psychiatrie y étaient représentés (stands).

- **Des dynamiques ont été créées autour de la mise en place d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)** régional susceptible d'intéresser de futurs cliniciens ; une réflexion en cours entre le CH de la Chartreuse et la faculté de Dijon.

Les réalisations en Franche-Comté

- **Un dispositif d'indemnisation des étudiants** qui réalisent un stage à plus de 35km de Besançon a été mis en place (dispositif devenu national en 2013). Le nombre d'internes en psychiatrie bénéficiaire n'est pas connu.

Levier d'action 1.2 Pallier au déficit en développant les coopérations et les approches innovantes

En dépit des efforts déployés pour fixer les internes, une inversion de la tendance démographique est peu probable dans les années à venir. Les deux régions développent donc de nouveaux modes d'exercice de manière à utiliser au mieux le temps médical disponible en psychiatrie, et à maintenir ainsi un accès aux soins psychiatriques sur l'ensemble du territoire. Les pistes explorées par les deux régions sont similaires.

1/ Déploiement de projets de télépsychiatrie dans le cadre du programme de télémédecine

Il s'agit d'encourager l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) de manière à répondre aux besoins de la psychiatrie en apportant à distance des compétences médicales régulières et en optimisant le temps disponible des psychiatres.

- En Bourgogne, **la stratégie adoptée par le comité de pilotage télépsychiatrie vise notamment à décroiser les CMP**. Plusieurs projets ont ainsi débuté en 2016 : entre le CH Macon et le CMP de Paray-le Monial (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte), entre le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de l'Yonne et le CMP du CHS au CH Sens (pédopsychiatrie), le CHS de Sevrey et le CMP d'Autun (pédopsychiatrie). D'autres structures sont également concernées avec la mise en place de projets de

télépsychiatrie entre le CHS de Sevrey et le SAU du CH de Chalon sur Saône (psychiatrie d'urgence), le CHS de Sevrey et les Ehpad du CH Autun et Ehpad du CH de Tournus (gérontopsiatrie).

- En Franche-Comté, la stratégie adoptée visait dans un 1er temps à faciliter les échanges entre professionnels de santé ; dans un 2ème temps à permettre une prise en charge clinique. **Deux projets expérimentaux de téléconsultations** (consultations à distance avec un psychiatre) sont en cours depuis 2015 :
 - o Au CHS du Jura (Dole) : les téléconsultations ont lieu 1 fois par semaine ou par quinzaine ; le médecin est à Dole, dans une salle dédiée ; le patient (patients adultes du CMP de St Claude) est toujours accompagné d'un soignant qui le connaît, dans une salle dédiée. Le médecin a accès au dossier médical du patient, il saisit son observation sur le dossier médical et peut envoyer une ordonnance sur une imprimante de St Claude. Les prescriptions médicamenteuses restent sous la responsabilité du médecin.
 - o A l'AHFC, le projet concerne les sujets âgés : des conventions entre l'AHFC, les Ehpad et l'ARS devaient être signés pour la mise en œuvre de téléconsultations (médecins psychiatres basés à Vesoul, en lien avec les médecins coordonnateurs de 15 à 20 Ehpad).

2/ Développement de coopérations avec les psychologues cliniciens (effectifs plus importants que les psychiatres)

Il s'agit de permettre aux psychologues de participer à la prise en charge et au suivi des patients souffrant de troubles mentaux, tant à l'hôpital qu'en ambulatoire et en activité libérale

- En Bourgogne. Mise en place de **consultations de psychologues** sur prescription médicale dans 2 maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) du sud 71 pour un tarif modique, le reste étant pris en charge sur le budget de la MSP.
- En Franche Comté. Une **réflexion sur un partenariat avec les psychologues** a été initiée : à la suite d'une première réunion en juin 2015, des pistes de travail ont été proposées par la Structure Interne Expérimentale de Psychologues (SIEP) du CHU de Besançon pour envisager un partage du travail dans le respect de la déontologie et des prérogatives de chacun.

3/ Développement de coopérations entre professionnels de santé

A la différence des coopérations avec les psychologues qui n'appartiennent pas aux professions médicales et paramédicales, les coopérations entre médecins psychiatres et infirmiers sont prévues par le code de la santé.

- En Bourgogne, un groupe de travail a été constitué, regroupant directeurs de soins, cadres infirmiers et infirmiers, dans le but de construire un guide régional des pratiques infirmières en CMP qui traite notamment des pratiques relatives à la prévention de l'hospitalisation et des pratiques visant à réduire les durées d'hospitalisation.
- En Franche-Comté, des expériences de délégation de tâches au personnel infirmier sous la responsabilité d'un médecin psychiatre coordonnateur ont été réalisées sur certains sites (ex. Ste Ylie). Elles n'ont pas encore été validées par la haute autorité de santé.

- **OBJECTIF 2 : AMELIORER LA REPONSE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES**

Bourgogne et Franche-Comté se heurtent à la même problématique de déficit de psychiatres dans les services d'urgence.

Elles présentent toutefois des situations distinctes en matière d'offre de services d'urgence, la Bourgogne étant beaucoup mieux dotée en la matière que la Franche-Comté. Les leviers d'action envisagés sur cette thématique ont ainsi été diversement investis de part et d'autre.

2.1 Structurer le réseau de prise en charge des urgences psychiatriques

2.2 Garantir une réponse téléphonique spécialisée

2.3 Approfondir la réflexion sur des points spécifiques : prise en charge des adolescents en crise, transports sanitaires des malades psychiatriques, prise en charge des soins sans consentement

Levier d'action 2.1 Structurer le réseau de prise en charge des urgences psychiatriques

La prise en charge des urgences psychiatriques a fait l'objet dans les deux régions de réflexions visant à mieux organiser le circuit des patients en crise et le recours à un avis psychiatrique dans les services d'urgences.

Les réalisations en Bourgogne

- Mise en place d'un **groupe de travail sur la problématique de la prise en charge des urgences psychiatriques**, regroupant psychiatres, urgentistes, cadres de santé en psychiatrie, directeurs d'établissement (concertation élargie).
- Réalisation d'une **enquête auprès des médecins urgentistes** pour connaître leur organisation avec les établissements de psychiatrie pour la prise en charge des urgences et leurs difficultés éventuelles
- **Etablissement, sur la base de cette enquête, d'une feuille de route des fédérations médicales inter-hospitalières** (FMIH) validée par l'ICRUB (Instance Collégiale Régionale des Urgences de Bourgogne), et diffusée

auprès des CH ayant une activité d'accueil des urgences et de ceux ayant une activité de psychiatrie

- Formulation par le groupe de travail de **recommandations concernant les relations entre les CH ayant un service d'accueil des urgences (SAU) sans activité de psychiatrie et les CH de psychiatrie** : des conventions doivent permettre aux SAU d'avoir accès à une évaluation par un psychiatre, soit sur place, soit en redirigeant le patient sur une structure extérieure, soit par téléconsultation.

Les réalisations en Franche-Comté

- **Révision du volet urgences psychiatriques du SROS** : ce nouveau volet a été adopté en janvier 2014. Il est le fruit de la réflexion d'un groupe de travail consacré à la définition des priorités du volet urgences psychiatriques du SROS de mars à juin 2013. Les objectifs sont : mieux associer l'ensemble du dispositif de soins psychiatriques à la régulation et à la prise en charge en urgence ; améliorer les conditions de la réponse psychiatrique dans les services d'urgence ; approfondir la réflexion sur des points spécifiques : prise en charge des adolescents en crise, transport sanitaire des malades psychiatriques.
- Mise en place d'un dispositif gradué d'offres de soins dans les services d'urgences : définition de 3 niveaux de prise en charge.
- **Montée en technicité du SAU du Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard** : évolution des urgences vers un niveau II ; à l'ouverture du nouvel hôpital, celui-ci disposera d'un service d'urgence unique de niveau 3 (présence de psychiatres sur une amplitude plus importante).
- Dans les autres établissements (ex. SAU de Gray et de Saint Claude), **signatures de protocoles entre établissement** permettant, en l'absence de psychiatres, le transfert de patient ou le recours à un avis téléphonique spécialisé.

Levier d'action 2.2 Garantir une réponse téléphonique spécialisée

La réponse téléphonique spécialisée est un outil à la fois pour les SAU ne disposant pas de psychiatres, pour la régulation (centre de réception et de régulation des appels 15) comme pour les patients et leurs familles.

Les réalisations en Bourgogne

- Mise en place de **dispositifs de réponse téléphonique 24h/24** dans quelques CHS pour les patients connus et les médecins généralistes (dép. 58, 71, 21).

Les réalisations en Franche-Comté

- Mise à **disposition du centre de régulation des appels au SAMU (CRA 15) de numéros d'appel** lui permettant de joindre le dispositif de garde et d'astreinte de l'établissement gérant la psychiatrie de rattachement du patient, afin de permettre le recours par le CRA 15 à un avis spécialisé. Objectif : éviter une arrivée aux urgences des patients et une orientation inadaptée.

Levier d'action 2.3 Approfondir la réflexion sur des points spécifiques : prise en charge des adolescents en crise, transports sanitaires des malades psychiatriques, prise en charge des soins sans consentement

En fonction des besoins identifiés sur le territoire, chacune des deux régions a développé une réflexion et mis en place des dispositifs sur des volets particuliers.

Les réalisations en Bourgogne

- **Concernant la mission de service public relative aux prises en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement** : amélioration de l'offre d'accueil et du circuit des soins sans consentement grâce à l'autorisation faite à la clinique privée Val Dracy d'accueillir des patients en soins sans consentement (à l'exclusion des soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat - SDRE) dans le cadre d'un partenariat avec les CH de Macon et le CHS de Sevrey (type de partenariat public-privé original en France).

Les réalisations en Franche-Comté

- **Concernant la prise en charge des adolescent-e-s « en crise »** : un groupe de travail sur les urgences psychiatriques chez les adolescents s'est réuni en mai 2013. Un état des lieux régional de l'offre de soins a été réalisé, ainsi qu'une enquête spécifique sur les besoins dans ce domaine. En matière de prise en charge, la principale piste actuellement envisagée est de travailler à éviter en amont la situation de crise. Cette réflexion doit se poursuivre dans le cadre de la grande région.
- Concernant le transport sanitaire des malades psychiatriques :
 - o Un groupe de travail sur les transports sanitaires des malades psychiatriques s'est réuni en juin 2013. Un recensement du nombre et des modalités de transports des malades psychiatriques a été effectué.
 - o Des conventions entre établissements et transporteurs ont été signés (sauf cas de gestion des transports en interne à l'établissement) ; des recommandations ont été transmises aux transporteurs concernant la qualité des transports, notamment sur les cas d'hospitalisation sous contrainte (matériel, présence d'infirmiers psychiatriques...).

• **OBJECTIF 3 : FAVORISER LA COORDINATION ENTRE LES PARTENAIRES DES SECTEURS SANITAIRE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL**

Dans un contexte caractérisé par la complexité du système de santé mentale (manque de lisibilité des dispositifs existants, démographie médicale déficitaire, risque de dispersion et de redondance des actions et des interventions, forte demande de coordination entre les acteurs des champs sanitaire, médicosocial et social), la coordination entre les secteurs doit permettre d'améliorer l'orientation et le parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques et d'éviter les ruptures dans leur accompagnement ou leur prise en charge.

Ayant donné lieu à des réalisations souvent différentes, les leviers d'action retenus par les deux régions peuvent être formulés de la façon suivante :

3.1 Mettre en place des dispositifs de coordination pour répondre aux besoins de parcours individualisés

3.2 Développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires de la santé mentale

Levier d'action 3.1 Mettre en place des dispositifs de coordination pour répondre aux besoins de parcours individualisés

Réalisations en Bourgogne

L'approche développée en Bourgogne a varié en fonction des réorganisations internes et des orientations données par la DG de l'ARS. Elle a notamment consisté à approfondir l'approche parcours développé dans le SROS (cf. schéma parcours n°7 : le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique, en annexe du chapitre).

- **Mise en place d'un groupe « parcours handicap psychique »**, animé par un pilote externe (directeur du CH de la Chartreuse) et le délégué régional de l'UNAFAM ; ce groupe a ensuite été inclus parmi les groupes de travail définis par l'instance régionale de concertation sur la psychiatrie et la santé mentale mise en place fin 2014 et réunissant des représentants des secteurs sanitaire, médico-social et social, libéral, des aidants, des conseils locaux en santé mentale.

- Réalisation d'une **enquête sur les points de rupture au sein du parcours** auprès des structures et des personnes concernées et élaboration d'un plan d'actions sur la base des besoins recensés.

- Mise en place, notamment, de **deux expérimentations de « référent parcours »**

o Dans l'Yonne (89) : mise en place d'un référent parcours orienté vers l'accompagnement au travail, en partenariat avec l'association Les Boisseaux, qui gère plusieurs structures pour adultes handicapés (ESAT, FAM, SAVS, Foyer de vie, maison relais...). Une évaluation du dispositif est prévue.

o En Saône et Loire (71) : mise en place d'un référent parcours orienté « insertion sociale » en partenariat avec l'association PEP 71, dont le rôle sera de coordonner et animer un réseau de partenaires formés à la réponse psychiatrique (pôle ambulatoire du CHS Sevrey, personnels de psychiatrie du CH Macon, services des PEP, MDPH) pour la mise en œuvre de plans d'aide personnalisés.

- Poursuite du financement du réseau de santé mentale de l'Yonne.

Réalisations en Franche-Comté

La FC a déployé le dispositif de coordination prévu dans son PRS : les plateformes territoriales de coordination en psychiatrie et santé mentale. Ce dispositif est l'une des actions phares étudiées dans cette évaluation ; il est détaillé au chapitre 3.2 de ce document.

- **Création de 6 plateformes territoriales de coordination en psychiatrie et santé mentale** (PTC) portées par les centres hospitaliers spécialisés (2 dans le Jura portées par le CHS Saint Ylie, 2 portées par l'Association Hospitalière de Franche Comté en Haute-Saône et dans l'Aire urbaine, 2 portées par le CH de Novillars dans le Doubs) Sur la base d'un cahier des charges régional, elles ont pour mission de favoriser la coordination entre les partenaires des secteurs sanitaire, médico-social et social afin de fluidifier les parcours de soins des personnes ayant des troubles psychiatriques. Il est prévu une évaluation annuelle de leur fonctionnement. Une première réunion de bilan a eu lieu en janvier 2016.

- **Ces PTC ont été officialisées début 2014** avec la création de comités de pilotage constitués d'une quinzaine de partenaires (services de l'Etat, collectivités locales, établissements de santé, acteurs médico-sociaux, représentants d'usagers...). Ils ont réalisé des travaux de réflexion et d'analyse sur les parcours de soins en santé mentale de chaque bassin, de l'enfance à la personne âgée et élaboré des plans d'actions détaillés.
- Depuis leur installation, **les PTC ont réalisé différents types d'actions** allant dans le sens du développement des coopérations, notamment :
 - o **2 annuaires** interactif et exhaustif des acteurs locaux ont été produits (plus de 100 fiches structures ont été formalisées)
 - o **Des référents en santé mentale ont été identifiés** dans les structures signataires de la charte constitutive des PTC (plus de 80 fiches référents santé mentale désignés)
 - o Des **groupes de travail par filière** de psychiatrie (infanto-juvénile, générale, du sujet âgé) ont été mis en place pour réfléchir aux points de rupture identifiés et organiser de manière efficiente les parcours, notamment par le biais de conventions cadres intégrant tous les acteurs concernés du territoire (sanitaires, médico-sociaux, sociaux, institutionnels, État...).

En Bourgogne comme en Franche-Comté, des instances locales de concertation sur la santé mentale ont été mises en place : les CLSM

- En Bourgogne, **3 CLSM sont opérationnels** et plusieurs sont en cours de constitution ; l'ARS intervient dans le cofinancement des 3 postes de coordonnateurs.
- En Franche-Comté, **2 CLSM sont opérationnels** (Lons-Le Saunier et Dole).

Ces instances réunissent la plupart des interlocuteurs locaux concernés par la souffrance psychique d'un territoire, dans le but d'améliorer les partenariats et de permettre une meilleure prise en charge des problèmes de santé psychique sur le territoire concerné.

Dans les deux régions, la santé mentale est également prise en compte dans le cadre des CLS

- **9 des 11 CLS bourguignons ont intégré la thématique « santé mentale » dans leur plan d'actions** pour un total de 19 fiches actions, exemple: création de places de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) par transformation de places de service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ; mise en place d'une antenne d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM) ; formation des professionnels de premier niveau au repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire ; organisation de stages croisés dans les structures médico-sociales ; création d'un conseil local de la santé mentale ; mise en place des groupes d'échanges et de soutien à destination des aidants...
- En Franche-Comté, la santé mentale constitue l'un des principaux **axes stratégiques de 2 CLS** ; elle est également abordée dans le cadre des plans d'actions de 3 autres CLS (soit 5 CLS sur les 14 signés).

Levier d'action 3.2 Développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires de la santé mentale

Identifié comme l'une des principales missions des PTC, ce levier d'action est posé comme un préalable indispensable au décloisonnement des approches en santé mentale et à une meilleure coordination des acteurs.

En Bourgogne comme en Franche-Comté, des formations interinstitutionnelles ont été mises en place sur les spécificités du handicap psychique pour les professionnels exerçant auprès de ces personnes

- **Organisation de mini-stages / journées d'immersion croisées** (dans des établissements sanitaires pour des intervenants sociaux / dans des établissements médico-sociaux pour les intervenants du secteur sanitaire) :
 - o En Bourgogne, les chiffres concernant ces « formations croisées » ne sont pas disponibles.
 - o En Franche-Comté : plus de 200 professionnels ont participé à ces mini-stages (PTC Aire Urbaine et Haute-Saône)
- **Organisation de sessions de formation interinstitutionnelles** sur les spécificités du handicap psychique :

- En Bourgogne, ces formations ont concerné les intervenants sociaux et sanitaires dans le cadre des actions du parcours des personnes précaires ; 4 journées départementales ont par ailleurs été réalisées en 2015 sur le « Parcours de vie et de soins des personnes en situation de handicap psychique » à destination de l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.
- En Franche-Comté, 4 sessions de formation organisées mi-2015 par l'AHFC et le CHS du Jura sur des thématiques clés (sensibilisation aux pathologies mentales, addictologie, soins sans consentement...) ont réuni plus de 200 professionnels ; en mars 2016, une conférence autour du thème des pathologies mentales a réuni 350 professionnels (PTC Aire Urbaine et Haute-Saône).

Dans les deux régions, des outils ont été mis en place pour sensibiliser les acteurs régionaux sur la thématique de la santé mentale

- Diffusion d'une newsletter à l'ensemble des acteurs du secteur :
 - En Bourgogne, les informations et actualités relatives à la psychiatrie-santé mentale sont diffusées aux différents partenaires via une lettre régionale : la **lettre Infos Psy** également mise en ligne sur le site de l'ARS (9 numéros parus jusqu'à février 2016).
 - En Franche-Comté, une **newsletter** est publiée sur la plateforme collaborative des PTC.

La Bourgogne s'est également fixé comme objectif l'affirmation du rôle régional des centres de ressources spécialisées

- Un CreMPsy (centre de ressources sur la maladie et le Handicap psychiques) a été créé ; son coordonnateur a été recruté début 2016.
- **Une réflexion a été initiée** sur les organisations régionales à mettre en place pour positionner les **centres référents sur les troubles du sommeil**. Elle est restée à l'état de projet concernant les centres référents en électroconvulsivothérapie.
- Egalement prévue dans le PRS, le suivi de la montée en charge des activités du **CRIAVS** (centres régionaux pour les intervenants auprès des

auteurs de violence sexuelle) n'a pas donné lieu à des réalisations concrètes.

L'objectif de la Franche-Comté de développer les formations pluridisciplinaires a été atteint

- Un comité pédagogique a été constitué en 2013, sous la direction du Pr Vandel ; il a permis la **création d'un Diplôme d'Université (DU) pluri-professionnel « psychiatrie santé mentale »**, lancé en 2014 ; 42 professionnels d'horizons divers (établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux, Education Nationale...) s'y sont inscrits.

• **OBJECTIF 4 : AMELIORER LA QUALITE DE VIE ET L'INSERTION DANS LA CITE DES PERSONNES DES PERSONNES ATTEINTES DE HANDICAP PSYCHIQUE**

Cet objectif est complémentaire du précédent : l'objectif 3 fournit en effet les outils et le cadre des actions qui devront permettre, en fluidifiant les parcours de soins et de vie des personnes en souffrance psychique d'améliorer, notamment, leur insertion dans la cité.

Lors de la rédaction des PRS, les deux régions ont opté pour 2 approches différentes de cet objectif :

- en Bourgogne, celle-ci s'est appuyée sur les ruptures de parcours susceptibles d'influencer négativement sur la vie quotidienne des personnes en situation de handicap psychique (tous âges confondus) ;
- le PRS de Franche Comté a adopté une approche à la fois thématique (SROS fiche psychiatrie) et populationnelle (en distinguant dans le SROMS le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent, et celui de l'adulte). La mise en œuvre des actions sur ce volet s'est par ailleurs en grande partie reposée sur les PTC.

Malgré la diversité de ces approches, les leviers d'action mobilisés dans les deux régions sont proches dans la mesure où les réalisations en matière d'insertion se sont concentrées sur la population adulte (en particulier en Bourgogne où ce ciblage résulte d'un choix délibéré du groupe parcours). Ces leviers d'action peuvent être formulés de la façon suivante :

4.1 Améliorer l'accès à la vie sociale des enfants et adultes en situation de handicap psychique

4.2 Améliorer l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de handicap psychique

4.3 Renforcer la formation des accompagnants et des associations à la spécificité du handicap psychique

4.4 Lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale

Levier d'action 4.1 Améliorer l'accès à la vie sociale des enfants et adultes en situation de handicap psychique

En Bourgogne comme en Franche-Comté, l'un des outils déployés pour favoriser la réinsertion sociale de personnes vulnérables et désocialisées est le Groupe d'entraide mutuelle (GEM).

Non médicalisés (sans psychiatres, ni psychologues, ni thérapeute), ils proposent à leurs adhérents des sorties, des activités manuelles et créatives, des ateliers autour de la concentration...

- En Bourgogne, le territoire régional est bien maillé avec **13 GEM** au total (**11 dédiés au handicap psychique**, 2 aux personnes cérébrolésées)
- En Franche-Comté, le nombre de GEM est le même (13 en 2014) : **10 d'entre eux sont dédiés au handicap psychique**, 3 aux cérébrolésés).

Dans les deux régions, des réflexions ont par ailleurs été développées sur des dispositifs devant faciliter le maintien dans la cité, via la continuité des prises en charge et la fluidité du parcours entre les structures sanitaires et médico-sociales

- En Bourgogne, **un groupe de travail sur les CMP** a été constitué. pour améliorer leur fonctionnement et leur accessibilité et créer une dynamique régionale sur le sujet. Parmi les sujets abordés : organisation du premier accueil, les visites à domicile, les horaires et réponse téléphonique, les liens avec la médecine de ville et les ESMS... Les CMP ont été regroupé par les établissements ; mais leur offre n'a pas encore été partout renforcée.
- En Franche-Comté, Suite à la parution du volet du SROMS concernant le « handicap psychique de l'enfant », mise en place, à la double initiative de l'association AIRe des ITEP de Franche-Comté et de Sylvie Nezelof, Professeur de pédopsychiatrie du CHRU de Besançon, d'un **groupe de travail autour de la question du handicap psychique chez les enfants et adolescents** avec les objectifs de travail suivants: organisation de coopérations entre le champ médico-social et le champ sanitaire ; développement d'actions de formation et de réflexions communes sur ce type de handicap, en direction des partenaires concernés (Education nationale, Aide Sociale à l'Enfance, médecine de ville, protection Judiciaire de la Jeunesse...). Ce groupe est composé de représentants des 8 ITEP franc-comtois (AIRe) et de représentants des services de pédopsychiatrie

(CHU et les 7 intersecteurs). Un point sur l'avancée des travaux et les propositions d'action a été présenté à l'ARS fin 2012.

Levier d'action 4.2 Améliorer l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de handicap psychique

En Bourgogne comme en Franche-Comté, le maillage territorial en services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) s'est amélioré de manière à faciliter le maintien durable en milieu ordinaire

- En Bourgogne, des **places de SAMSAH accueillant spécifiquement des personnes présentant un handicap psychiques ont été créées** (82 places depuis 2012 ; 20 places/département) dans chacun des départements (ouverture en 2014 dans le 58).
- En Franche-Comté, où il existe 9 SAMSAH tout handicap confondu pour 180 places, l'ARS a développé une **politique conjointe avec les conseils départementaux** pour coupler la création de SAVS et l'ouverture de SAMSAH dédiés aux personnes handicapées psychiques pour mieux mailler le territoire.

En Bourgogne

- Des **dispositifs innovants d'accès au logement** ont été mis en place : résidence ICARE en Côte d'Or et La Pagode dans la Nièvre.
- Le projet déployé par l'association du Renouveau (parcours d'hébergement avec prise en charge) cherche à maintenir dans le logement des **personnes en situation d'addiction** (financement DDCS et ARS).

En Franche-Comté

- Cette thématique constitue un **axe de travail coordonné au niveau des PTC et des CLSM** : ces espaces de concertation permettent aux professionnels (**services sociaux, bailleurs, établissements psychiatriques**) d'échanger de manière régulière pour prévenir les situations de crise lorsque des personnes atteintes de troubles psychiques sont dans des

logements ordinaires, des réflexions sont en cours sur les dispositifs à mettre en place (numéro d'appel,...)

- Un travail conjoint est également mené au niveau des PTC avec les **conseils départementaux** pour améliorer la prise en charge de ces personnes dans leur vie de tous les jours.

Levier d'action 4.3 Renforcer la formation des accompagnants et des associations à la spécificité du handicap psychique

En Bourgogne comme en Franche-Comté, les actions de soutien et de formation aux aidants de proximité sont encouragées

- En Bourgogne, l'ARS cofinance des formations d'aidants organisées par l'UNAFAM dans le cadre des actions du parcours maladie et handicap psychique (2015) ; des formations Profamille ont également été organisées par UNAFAM en Côte d'Or.
- En Franche-Comté, l'ARS cofinance les Semaines d'information en santé mentale (manifestation nationale) organisées par les associations de patients (UNAFAM 25 et 39). Exemples de thèmes abordés : en 2014, « information et santé mentale », en 2015 « Adolescence et santé mentale »...

Levier d'action 4.4 Lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale

- Evoqué dans le SROS, ce **levier d'action a été essentiellement mobilisé en Franche-Comté** à travers la mise en œuvre de plusieurs initiatives :
 - o Organisation d'un débat public en santé mentale en 2013.
 - o Publication d'un appel à projets prévention comportant un objectif sur les actions visant à la destigmatisation de la maladie mentale.
 - o Mise en œuvre d'actions de sensibilisation du public dans le cadre des PTC (ex. en Haute Saône et dans le Nord Franche-Comté, 2 débats ont été organisés par l'AHFC...).

● **OBJECTIF 5 : PREVENIR LES TENTATIVES DE SUICIDE ET LES SUICIDES**

La région Bourgogne-Franche Comté est caractérisée, depuis plusieurs années, par une surmortalité par suicide par rapport au niveau national, avec une inégale répartition des territoires touchés. Le risque de suicide augmente avec l'âge, mais le poids du suicide dans l'ensemble des décès est maximal chez les adolescents et jeunes adultes.

Face à ces constats, cette thématique a été fortement investie, en particulier en Franche-Comté où elle est devenue une priorité stratégique (PS8) du PRS. La Bourgogne s'est engagée plus tardivement sur ce champ (2015), optant pour des leviers d'actions en partie similaires (5.1).

5.1 Développer la formation au repérage de la crise suicidaire

5.2 Renforcer les dispositifs de prévention et de prise en charge

Levier d'action 5.1 Développer la formation au repérage de la crise suicidaire

En Bourgogne comme en Franche-Comté, une démarche reposant sur la formation de formateurs (psychologues et des psychiatres) au repérage de la crise suicidaire

- En Bourgogne, **8 personnes** (4 en 21, 2 en 58, 2 en 89, 0 en 71) ont été formées en 2015 par le Pr Terra à Lyon.
- En Franche-Comté, **8 personnes** ont été formées dès 2012, soit 4 nouveaux binômes de formateurs (en plus des 2 binômes initiaux).

En Bourgogne, des formations destinées aux professionnels en charge de publics spécifiques (personnes âgées, population carcérale, adolescents)

- Organisation de **formations sur la prévention du suicide chez la personne âgée** sur l'ensemble de la région (séminaires par un médecin gériatre et une psychologue, à la demande des établissements sanitaires et médico-sociaux).

- Pour la **population carcérale** : formations internes à la direction des établissements pénitentiaires.
- Formation des personnels des 4 maisons des adolescents de la région par l'IREPS en 2016.

En Franche-Comté, un programme de formations consacré dans un premier temps au repérage de la crise suicidaire chez les jeunes...

- **Un programme de formation au repérage de la crise suicidaire a été mis en place dès 2009** à la demande de l'enseignement public, privé et agricole pour identifier les adolescents à risque.
- **Entre 2010 et 2015, 432 personnes ont été formées** (personnel des établissements scolaires mais aussi médecins, infirmier(e) en unité de soins, travailleurs sociaux...) au cours de 32 formations réalisées par les binômes de formateurs.

... Qui a progressivement élargi sa thématique et son public cible...

- **L'ensemble des professionnels de santé d'une maison de santé (Nozeroy, Jura) ainsi que les médecins généralistes** du secteur ont été formés au repérage de la crise suicidaire en 2015, permettant de renforcer les liens entre les professionnels de santé du territoire.
- Une **journée interprofessionnelle de prévention du suicide des personnes âgées** a été organisée en décembre 2013.

Levier d'action 5.2 Renforcer les dispositifs de prévention et de prise en charge

Ce levier d'action a été mis en œuvre exclusivement en Franche-Comté.

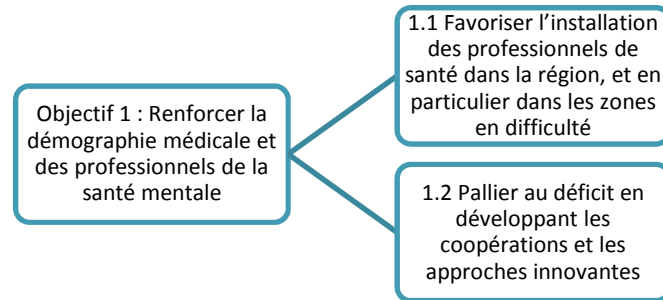
- Mise en place d'un **dispositif expérimental de coordination de prévention du passage à l'acte suicidaire des jeunes de 13 à 30 ans**. Cette expérimentation a été réalisée en 2014 et 2015 au CHS du Jura : un numéro dédié (joignable de 9h à 12h du lundi au vendredi) doit permettre à des professionnels en contact avec des jeunes en difficulté d'être mis en relation avec des professionnels (2 infirmières à 0,5 ETP) aptes à répondre à

la problématique, puis le cas échéant d'amener le jeune à entrer dans le dispositif de soins

- Mise en œuvre d'une **expérimentation articulée autour de l'équipe mobile de prévention en psychiatrie de Lons-le-Saunier** du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2015.
- Développement d'un **dispositif de prévention secondaire des personnes ayant fait une tentative de suicide**.
 - o Mise en place d'un dispositif Vigilans sur Dole, en association avec Lons-le-Saunier et St Claude (il couvre ainsi pratiquement tout le département du Jura). Objectif : assurer de façon efficiente la prévention primaire mais aussi secondaire des suicidants hospitalisés ou venus en consultation au SAUP de Dole, de Lons-le-Saunier ou Saint Claude (mise en place d'un numéro d'appel, d'une procédure de suivi téléphonique...).
 - o Echanges avec l'équipe de Lille ayant mis en place ce même dispositif à l'échelle régionale.
- **Renforcement de la coordination des acteurs autour de la prévention du suicide** avec le recrutement d'une animatrice territoriale en santé chargée de développer les actions de prévention du suicide dans le département du Jura (depuis 2013), et de relayer l'information de l'ARS auprès de tous les acteurs.

- **BILAN DE LA CONTRIBUTION DES PRS AUX DIFFERENTS OBJECTIFS SUR CETTE PORTE D'ENTREE**

Renforcer la démographie médicale et des professionnels de la santé mentale



Avancées et limites rencontrées

Les dispositifs mis en place dans les deux régions pour **favoriser l'installation des professionnels de santé** ont une portée limitée en raison des effectifs réduits d'internes en psychiatrie. Les trajectoires des internes (tendance nationale à s'installer dans les grands centres urbains, voire, pour la Bourgogne, à repartir pour la moitié d'entre eux dans leur région d'origine) nécessitent de poursuivre la réflexion sur les stratégies à mettre en place pour favoriser les installations.

L'autre piste de travail a été le **développement des coopérations et des approches innovantes**. Le développement de la télépsychiatrie constitue l'une des avancées les plus prometteuses.

La mise en place des coopérations nécessite quant-à-elle de lever un certain nombre de freins liés au cloisonnement traditionnel de la psychiatrie (relations complexes avec les psychologues et les infirmiers), et aux délais de validation des protocoles de coopérations par la haute autorité de santé.

Perspectives

Le développement des coopérations et le développement de la télémédecine demeurent les deux des principaux leviers d'actions préconisés en matière de démographie médicale pour le nouveau parcours psychiatrie-santé mentale. La note de cadrage de celui-ci évoque ainsi, parmi les objectifs généraux du parcours, celui d' « Adapter les ressources humaines, pour favoriser l'implantation de psychiatres, la coopération entre professionnels, ou en utilisant les moyens de la télémédecine ».

On notera que la mise en place des GHT va dans le sens du développement des coopérations entre professionnels.

Pistes de travail / points de vigilance

Poursuivre le développement des coopérations et de la télémédecine pour palier au déficit de démographie médicale.

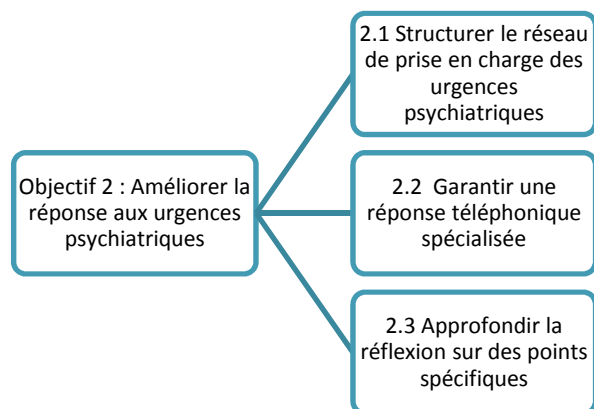
Favoriser la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de territoire (médecins, infirmiers, assistants sociaux...) à cheval entre plusieurs établissements.

Accompagner le changement de culture que sous-tendent ces nouvelles collaborations et façons de travailler, à la fois chez les professionnels et les usagers : informer / communiquer notamment au sein des CLS.

Développer des stratégies pour rendre attractif l'exercice dans les zones peu dotées :

- Encourager les établissements à développer des projets intéressants et attractifs, susceptibles d'offrir des perspectives d'évolutions professionnelles intéressantes aux psychiatres.
- Travailler avec les territoires pour y développer un environnement attractif pour leurs familles.

Améliorer la réponse aux urgences psychiatrique



Avancées et limites rencontrées

La **structuration du réseau de prise en charge des urgences psychiatriques**, a donné lieu, dans les deux régions, à des **réalisations limitées**.

En Bourgogne, l'application de la feuille de route a été reportée : les conditions de son application étant très variable d'un territoire à l'autre en fonction de la démographie médicale, sa mise en œuvre se fera le cadre de la mise en œuvre des GHT.

En Franche-Comté, la mise en œuvre opérationnelle du volet psychiatrique du SROS révisé est limitée sur certains territoires en raison de la fragilité de la démographie des psychiatres (cas de Pontarlier notamment) et des incertitudes pesant sur le financement des CH spécialisés en psychiatrie.

Les actions visant à **garantir une réponse téléphonique spécialisée** n'ont pas eu la même portée dans les deux régions :

En Bourgogne, les dispositifs de réponse téléphonique ont été mis en place par les établissements eux-mêmes et sont de qualité variée. Néanmoins, la **dynamique est lancée, à poursuivre sur la voie de l'harmonisation**.

En Franche-Comté, où le SROS a chapeauté la démarche, **l'ensemble du dispositif de soins psychiatriques est associée à la régulation** et à la prise

en charge en urgence. Les résultats en termes d'orientation des patients n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation.

La **réflexion sur différents points spécifiques des urgences psychiatriques** a donné lieu à différents niveaux de réalisation en fonction des volets.

Le circuit des soins sans consentement en Bourgogne a été amélioré, comme le transport sanitaire des malades psychiatriques en Franche-Comté.

Le sujet de la prise en charge des adolescents en crise est plus complexe, à la fois en raison du sujet (qu'est-ce qu'une « crise » chez les adolescents), et des solutions à apporter (cas très difficiles et longs à gérer, trop rares pour justifier de créer des unités d'hospitalisation dédiées).

Perspectives

Face au déficit de psychiatres, la note de cadrage du parcours psychiatrie-santé mentale évoque, parmi les objectifs généraux du parcours, celui d'« Améliorer l'orientation et l'accès à des soins adaptés en psychiatrie générale et en pédopsychiatrie dans tous les territoires en **favorisant les prises en charge ambulatoires et extrahospitalières**, en lien avec les professionnels de santé de ville, notamment les médecins traitants, et en organisant la réponse aux urgences psychiatriques ».

Pistes de travail / points de vigilance

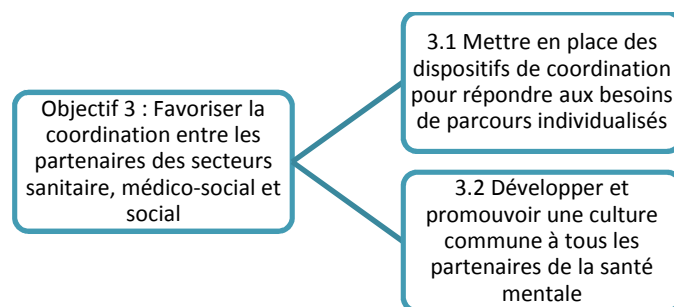
Diminuer le recours aux SAU en évitant les hospitalisations de crise, notamment en :

- renforçant les collaborations entre service d'urgences, de pédiatrie, de psychiatrie, et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour orienter à temps les personnes (les jeunes notamment) vers des consultations psychiatriques et prévenir ainsi les hospitalisations de crise.
- renforçant les compétences des ESMS sur le repérage et la prévention de la crise.

- repositionnant le rôle d'amont et d'aval des structures ambulatoires dans la prise en charge (en particulier pour les CMP).

Développer une prise en charge de plus en plus « citoyenne », « hors les murs », en renforçant la place et la compétence des familles, et en les incluant davantage dans les instances de concertation territoriale.

Favoriser la coordination entre les partenaires des secteurs sanitaire, médico-social et social



Avancées et limites rencontrées

En Bourgogne comme en Franche-Comté, **une dynamique a été enclenchée en termes de coordination des acteurs**. Pour un secteur autant cloisonné des autres secteurs que la psychiatrie, cette dynamique représente « un virage à 180° ». Les effets de cette coordination ne sont pas encore totalement mesurables dans la mesure où ces dispositifs sont récents pour la plupart d'entre eux.

Certaines **limites** sont toutefois apparues dans chacune des régions :

Concernant le parcours mis en place en Bourgogne : celui-ci n'a pas été un fil conducteur constant du PRS, le suivi des thématiques se déroulant différemment en fonction des réorganisations internes à l'ARS (dans un cas l'accent a été mis sur le parcours, dans d'autres l'approche s'est davantage appuyée sur les objectifs du PRS-SROS...). Tous les points de rupture n'ont

pas été abordés, ni l'ensemble des publics concernés (enfance adolescence / âge adulte / vieillesse).

Concernant les PTC : toutes ne fonctionnent pas de la même façon. Les travaux sont à l'arrêt depuis janvier 2015 sur le territoire du Doubs (programme de travail défini et gouvernance installée mais plans d'actions non initié suite à l'absence de coordonnateur).

Condition indispensable à une plus forte coordination des acteurs des différents secteurs, la **promotion d'une culture commune** a donné lieu dans les deux régions à des actions qui ont permis un **approfondissement de la connaissance mutuelle entre structures et entre professionnels**, et une meilleure **prise de conscience que l'on ne peut travailler seuls**. Dans les faits, les projets sont de plus en plus envisagés en partenariat.

Les **freins** sur ce volet concernent essentiellement la mise en œuvre des formations croisées (régimes d'autorisation, financements, calendriers différents entre les différents services).

Perspectives

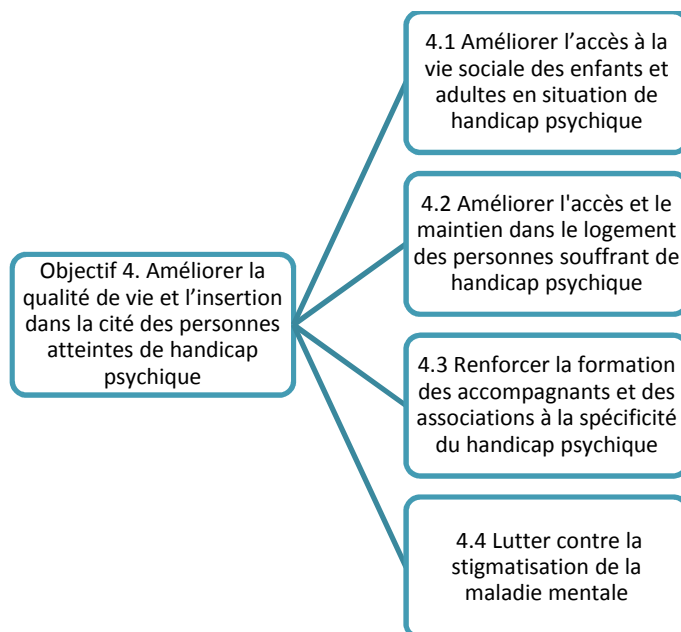
La Direction de la nouvelle ARS BFC a d'ores-et-déjà annoncé en octobre 2015 que le parcours santé mentale et psychiatrie constituerait l'un des 3 parcours « prioritaires » pilotés par DG / DGA, avec le parcours cancer et personnes âgées. Sa mise en œuvre au niveau des territoires se fera « dans le cadre du projet territorial de santé mentale, **en associant les dimensions sanitaires, sociales et médico-sociales...** » (Note de cadrage stratégique du parcours psychiatrie-santé mentale).

Pistes de travail / points de vigilance

Poursuivre l'expérience des PTC, encore en phase de montée en charge : les mener à leur terme et évaluer leurs résultats.

Poursuivre / développer les actions favorisant l'émergence d'une culture commune, notamment les formations croisées (stages / journées d'immersion), particulièrement appréciées des professionnels.

Améliorer la qualité de vie et l'insertion dans la cité des personnes atteintes de handicap psychique



Avancées et limites rencontrées

En Bourgogne comme en Franche-Comté, les actions mises en œuvre en matière d'insertion des enfants et adultes en situation de handicap psychique se sont révélées réduites en comparaison des ambitions initiales.

Le volet de **l'accès et le maintien dans le logement a été le plus traité** : en Bourgogne comme en Franche-Comté, une dynamique a été enclenchée sur ce volet. Les référents considèrent néanmoins qu'il reste encore beaucoup à faire pour garantir le maintien en logement ordinaire des personnes souffrant de handicap psychique.

En revanche, certaines thématiques **ont peu été abordées**, notamment :

- **L'insertion dans la vie sociale des enfants** souffrant de handicap psychique, et en particulier la population des 6-13 ans.

- **L'insertion professionnelle** : il s'agit d'un sujet difficile à aborder de manière générale (comment accueille-t-on quelqu'un qui a des troubles de santé psychique ?...), et encore plus en période de chômage.

Les actions concernant **la formation des accompagnants et des associations à la spécificité du handicap psychique** ont été déployées essentiellement à travers l'UNAFAM, association reconnue d'utilité publique qui accueille, soutient, et informe les familles confrontées aux troubles psychiques d'un des leurs.

La **lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale** n'a quant à elle été investie qu'en Franche-Comté. Cette thématique est appelée à être renforcée dans le cadre du futur PRS.

Perspectives

Le **volet concernant l'accès à la vie sociale des enfants et adultes en situation de handicap psychique reste central pour le futur PRS**. « Développer la réhabilitation psycho-sociale et favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou de handicap psychique » constitue l'un des objectifs du parcours psychiatrie-santé mentale (cf. note de cadrage).

La note de cadrage préconise également de **soutenir les aidants**, élargissant ainsi possiblement le public et la palette des actions à mener concernant les accompagnants des personnes souffrant de handicap psychique.

Enfin, le volet relatif à la **lutte contre la stigmatisation de la maladie** est repris dans les objectifs du nouveau parcours psychiatrie – santé mentale : « soutenir... les initiatives pour déstigmatiser la maladie et le handicap psychiques ».

Pistes de travail / points de vigilance

Renforcer les actions relevant de la filière infanto-juvénile

- Renforcer les actions visant l'insertion dans la vie sociale des enfants souffrant de handicap psychique, et en particulier la population des 6-13 ans.
- Renforcer la continuité entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte.
- Organiser une plus grande transversalité entre les services / directions de l'ARS pour améliorer l'approche parcours de cette filière.

Poursuivre et enrichir les actions contribuant au maintien à domicile personnes souffrant de handicap psychiques notamment en :

- mettant en place des équipes mobiles de liaison,
- envisageant la mise en place du programme « un chez soi d'abord » expérimenté dans plusieurs grandes villes françaises.

Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de maladie ou de handicap psychique

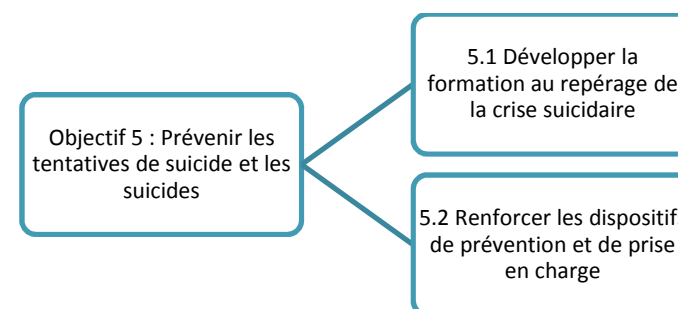
- Engager une réflexion régionale sur les moyens à mettre en place (via la formation notamment) pour lever les freins à l'insertion professionnelle de ce public.
- Mettre en place une politique spécifique pour les personnes hospitalisées au long cours (projet d'avenir à mettre en œuvre).

Soutenir les initiatives visant à déstigmatiser la maladie et le handicap psychiques

- Repérer et capitaliser les bonnes pratiques en matière de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale.
- Etendre ces actions à l'ensemble de la grande région.

Renforcer le soutien aux aidants familiaux de personnes souffrant de handicap psychique

Prévenir les tentatives de suicide et les suicides



Avancées et limites rencontrées

La thématique de la prévention du suicide a été très diversement abordée d'une région à l'autre.

La Bourgogne a investi tardivement ce sujet (2015) mais enclenché une dynamique dont les effets n'ont pas encore donné lieu à évaluation/suivi.

La **Franche-Comté** s'est au contraire fortement engagée sur cette thématique : **les réalisations en matière de formation au repérage de la crise suicidaire sont allées au-delà des objectifs fixés dans le PRS**, que ce soit en nombre de formations réalisés, en nombre de formateurs formés, comme pour les types de publics ciblés.

Plusieurs facteurs y ont concouru, comme l'appui et l'expertise du Pr. Vandel (relais reconnu par ses pairs, qui joue le rôle d'interface avec les psychiatres et psychologues), la motivation des binômes de formateurs, organisation bien rôdée avec l'Education nationale et l'IREPS (réunions régulières...).

Des **freins** existent toutefois, en particulier :

- La législation sur les formations DPC (développement professionnel continue) qui impose la formation par spécialités de santé. Or, la stratégie adoptée par l'ARS Franche-Comté a été de territorialiser les formations pour renforcer leur efficacité et leur efficience (ex. formation de l'ensemble du personnel d'une maison de santé, des acteurs d'un même territoire pour permettre une prévention réellement efficace).

- La difficulté à mobiliser les médecins libéraux sur des temps de formation non rémunérés (pour les formations hors DPC) ou en raison de leur manque de disponibilité.
- L'absence de données de suivi et d'évaluation (impossibilité de corréler actions de prévention et évolution du taux de suicide).

Les réalisations recensées en Franche-Comté concernant **le renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge** vont également au-delà des objectifs fixés : en effet, aucune n'était prévue au PRS.

Perspectives

La **formation au repérage de la crise suicidaire** a été reprise dans la note de cadrage du parcours psychiatrie-santé mentale dont elle constitue l'un des objectifs généraux du parcours (« Poursuivre les formations au repérage de la crise suicidaire »).

La note de cadrage préconise également la poursuite des actions engagées en matière de **prévention secondaire** : « étendre les dispositifs de vigilance en prévention de la récurrence ».

Pistes de travail / points de vigilance

Continuer à développer les formations au repérage de la crise suicidaire :

- Chez les jeunes (besoin confirmé par les établissements scolaires) à l'échelle de la grande région.
- Davantage investir la problématique de la prévention du suicide chez les personnes âgées.

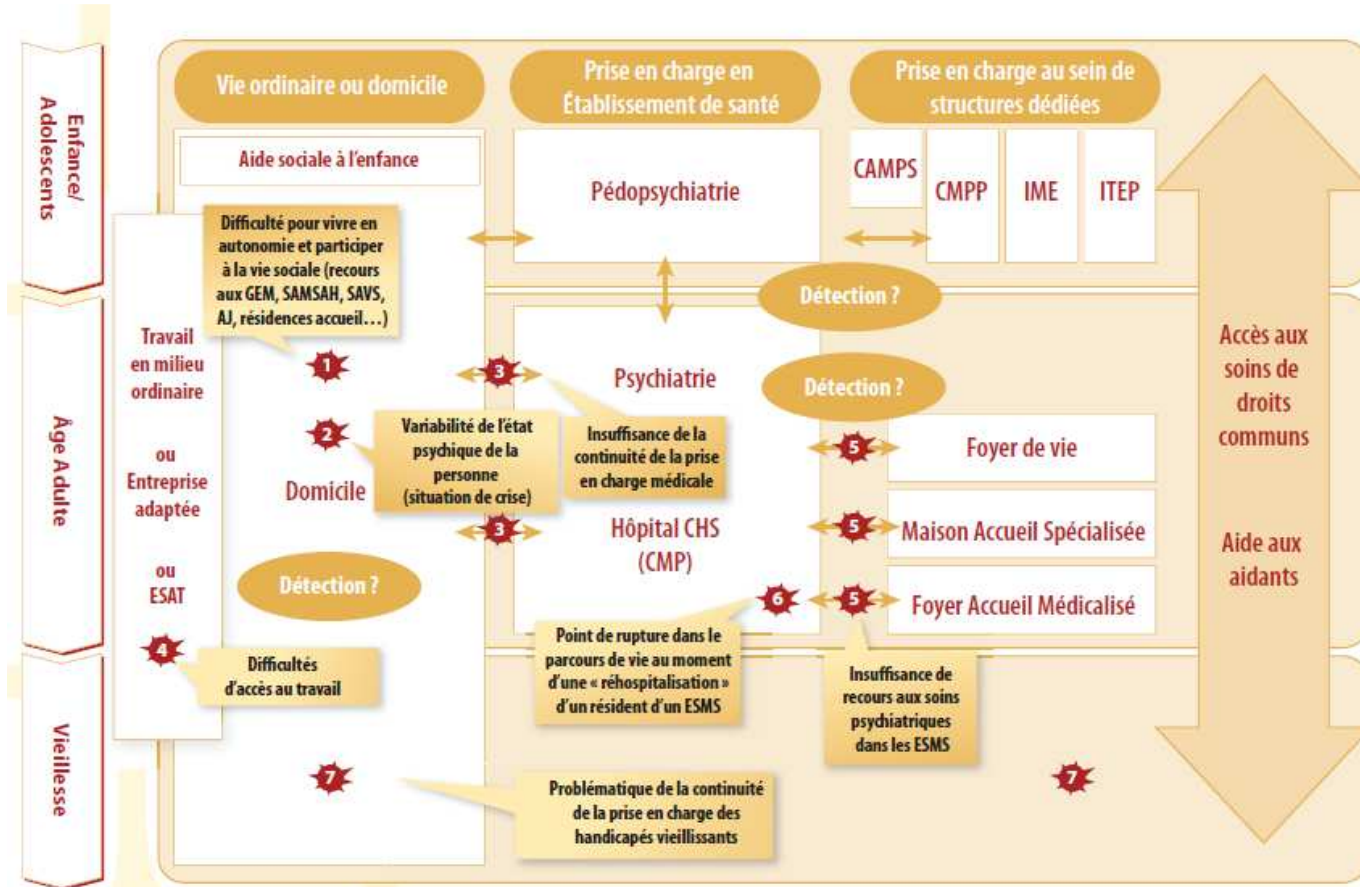
Etendre les dispositifs de vigilance en prévention de la récurrence

- Déployer le dispositif Vigilans à l'échelon de chacun des départements de la région (et non à l'échelon régionale comme cela est le cas dans le Nord-Pas-de-Calais)

Systematiser la mise en place d'acteurs relais bien identifiés dans chacun des départements, à l'image de l'animatrice territoriale en santé recrutée dans le Jura : l'articulation entre les acteurs locaux est en effet perçue comme l'une des principales clés de l'efficacité de la lutte contre le suicide au niveau des territoires.

• ANNEXE

Schéma parcours n° 7 : le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique,



Source : PRS Bourgogne, cahier 1 Evaluation des besoins de santé de la population (p44)

3 Etude des actions phares

Méthodologie

• OBJET ET FINALITE

La méthode retenue dans le cahier des charges de cette évaluation prévoit d'approfondir le bilan par l'étude d'une série d'actions « phares ».

Il s'agit d'apprécier la plus-value de ces actions et d'apporter les éléments nécessaires à la prise de décision concernant leur généralisation à l'ensemble de la grande région dans le cadre du futur PRS,

- d'une part, en appréciant **l'efficience** et **l'efficacité** de ces actions à travers l'adéquation moyens dédiés/résultats escomptés et résultats effectifs.
- d'autre part en identifiant les **facteurs de réussite** et le **potentiel de transposition (pertinence et ressources nécessaires)** de ces actions à la grande région, dans le cadre des différents projets et parcours de santé lancés par la nouvelle ARS BFC dès 2016 (préfigurant en partie le prochain PRS) et en vue du PRS de 2e génération déployé à compter de 2018 (CCTP).

• UNE APPROCHE EN 2 ETAPES

Le comité de pilotage de l'évaluation des PRS de Bourgogne et de Franche-Comté a retenu dans un premier temps deux actions phares à étudier dans le cadre du rapport intermédiaire (actions phares n°1 et 2) de manière à tester la méthode d'analyse.

Le comité de pilotage du 12.10.2016 a validé la méthode proposée et identifié les 4 autres actions phares à analyser dans la deuxième phase de l'étude.

• LE CHOIX DES ACTIONS PHARES

Le choix des actions phares analysées dans le cadre de l'évaluation des PRS de Bourgogne et de Franche-Comté s'appuie sur les critères suivants :

- Une action pertinente et réussie,
- mise en œuvre localement dans l'une des anciennes régions uniquement,
- à caractère expérimental ou innovant,
- généralisable au périmètre de la grande région,
- en cohérence avec les orientations actuelles développées par l'ARS BFC.

Les actions phares retenues sont les suivantes :

- L'implantation d'un cabinet de radiologie à la MSP de Louhans (Porte 1 - Accès aux soins de premiers recours)
- Le programme d'aide à l'arrêt du tabac Tab'Agir (Porte 1 - Accès aux soins de premiers recours)
- La plateforme téléphonique Oncotel (Porte 2 - Organisation territoriale du recours aux soins)
- Le Dispositif IME-SESSAD porté par l'association PEP 21 (Porte 3 - parcours de vie des personnes en situation de handicap)
- Le Bilan bucco-dentaire (Porte 4 - Parcours de santé des personnes âgées)
- Les Plateformes territoriales de coordination en santé mentale (Porte 7 - Parcours en santé mentale)

L'étude de ces actions phares est détaillée dans un document séparé, référencé : RF_ARS BFC_Volume 2_Actions Phares.

4 Analyse des évolutions organisationnelles et de leurs effets

4.1 Méthodologie

• OBJET ET FINALITE

Ce chapitre vise à répondre à la question **Q3 : en quoi la mise en œuvre de chaque PRS a-t-elle influé sur l'organisation du système de santé régional en Bourgogne comme en Franche-Comté ?**

Il s'agit, en partant du bilan du PRS (Q2), d'analyser l'efficacité des deux PRS de Bourgogne et de Franche-Comté au regard des 4 principaux objectifs poursuivis par ces modifications organisationnelles du système de santé, à savoir :

- décloisonner l'organisation du système de santé régional,
- conforter la place des usagers,
- améliorer l'efficacité,
- garantir l'équité d'accès aux soins.

La question soulevée est la suivante : dans quelle mesure ces objectifs ont-ils conduit à faire évoluer l'organisation du système de santé et quels ont été les effets de ces évolutions ?

• UNE APPROCHE PAR OBJECTIF ET PAR PORTE D'ENTREE

Les modifications organisationnelles concernent tous les volets du système de santé et le champ d'investigation de cette question est très vaste.

Par conséquent, le comité de pilotage de l'étude a validé le principe d'observer, pour chacun des objectifs poursuivis, les évolutions organisationnelles pour les portes d'entrée, pour lesquelles elles sont à priori les plus importantes.

Le tableau ci-contre présente les portes retenues pour l'analyse de chacun des objectifs :

Porte	Décloisonner	Place des usagers	Efficacité	Équité d'accès
1- Accès aux soins de premier recours	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
2- Organisation territoriale des 2ème et 3ème recours			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3- Parcours de vie des personnes en situation de handicap	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
4- Parcours de santé des personnes âgées	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
5- Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les CLS		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
6- Développement de l'e-santé			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7- Parcours en santé mentale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

4.2 Objectif 1 : Décloisonner l'organisation du système de santé régional

- **RAPPEL DES ENJEUX DE SANTE**

Le décloisonnement du système de santé constitue un objectif majeur des politiques publiques de santé.

Il part du constat que de nombreuses personnes se heurtent, au sein de leurs parcours de santé, aux multiples cloisonnements existant entre les dispositifs de prise en charge, souvent juxtaposés et étanches entre eux. Parmi celles qui en subissent particulièrement les conséquences : les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes handicapées psychiques, les personnes autistes, les personnes cérébro-lésées, les personnes atteintes de maladies « handicapantes » au long cours (maladies neuro-dégénératives, etc...). Celles-ci font face encore souvent à des déficits d'accompagnement, des redondances et un déficit d'articulation entre les acteurs liés, entre autre, à des dénis de compétences.

Décloisonner l'organisation du système de santé implique donc le dépassement des cloisonnements observés à la fois :

- entre les différents champs d'intervention, et en particulier entre le sanitaire, le social et le médico-social,
- à l'intérieur du champ sanitaire entre les différents professionnels de santé : hospitaliers et ambulatoires, médecins et professions paramédicales...,
- entre institutions partenaires (ARS, conseils départementaux, CH...).

La finalité : une prise en charge optimale de l'utilisateur.

- **PRISE EN COMPTE DE CET OBJECTIF DANS LES PRS**


Au centre de la problématique de la coordination des parcours, qui structure la stratégie bourguignonne (approche parcours) et traverse l'ensemble de la stratégie franc-comtoise, le décloisonnement des parcours




de santé fait l'objet dans les deux PRS d'une approche volontariste abordée en particulier dans le cadre du SROS, du SROMS et du PRT.

OBJECTIFS	Principaux éléments du PRS renvoyant à cet objectif	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
Décloisonner l'organisation du système de santé régional	<p>SROS ambulatoire OG2 : Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales</p> <p>SROMS : introduction, OG 4, 20, 25</p> <p>PRT</p>	<p>PSRS : introduction, OG 3 Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'utilisateur</p> <p>SROS : introduction + fiches soins palliatifs, fiche ambulatoire</p> <p>SROMS : introduction</p> <p>PRAPS : introduction</p> <p>PRT</p>

- **POIDS DE CET OBJECTIF POUR CHACUNE DES PORTES D'ENTREE**

Le tableau ci-dessous apprécie le poids de cet objectif pour chacune des portes d'entrée retenues pour l'analyse. On constate qu'il s'agit d'un objectif majeur dans les 2 PRS quelle que soit la thématique observée.

Porte	Poids de l'objectif	Justification
1- Accès aux soins de premier recours		<p>La coordination et la coopération entre les professionnels de santé de premier recours est un levier d'action important (à côté des actions incitant à l'installation des professionnels) pour assurer l'accès aux soins de premier recours sur l'ensemble du territoire.</p> <p>Outre qu'il favorise l'installation des professionnels dans les zones fragiles (cas de l'exercice partagé), le décloisonnement s'inscrit</p>

Porte	Poids de l'objectif	Justification
		pleinement dans la logique des parcours de santé en améliorant la prise en charge des cas complexes dans un souci de proximité.
3- Parcours de vie des personnes en situation de handicap		La coordination entre les acteurs constitue un enjeu central pour cette porte. Le déploiement territorialisé d'une « réponse accompagnée pour tous » dans le cadre du « parcours de vie » des PH repose sur une stratégie de mobilisation et de coordination de l'ensemble des acteurs pour La construction d'une réponse individualisée (mise en œuvre de dispositifs souples, articulation entre les intervenants, accompagnement au changement des pratiques). D'une manière générale, Le décloisonnement en matière d'handicap porte sur une régulation entre une approche sanitaire et médico-sociale et une compétence partagée entre l'ARS et les Conseils Départementaux pour éviter les situations de ruptures d'accompagnement des PH.
4- Parcours de santé des personnes âgées		Le décloisonnement constitue un objectif central pour cette porte construite autour de la notion de parcours. La coordination des intervenants autour des PA est l'un des leviers clés pour éviter les points de rupture dans leur prise en charge. Il s'agit de coordonner l'intervention des différents secteurs (médecine de ville, secteur médico-social, secteur sanitaire) et d'encourager la coordination entre la multiplicité des professionnels investis auprès des PA.
7- Parcours en santé mentale		Dans un contexte caractérisé par la complexité du système de santé mentale (manque de lisibilité des dispositifs existants, risque de dispersion et de redondance des actions et des interventions, forte demande de coordination entre les acteurs des champs sanitaire, médicosocial et social), le décloisonnement constitue un objectif central pour cette porte. La coordination entre les secteurs doit permettre d'améliorer l'orientation et le parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques et

Porte	Poids de l'objectif	Justification
		d'éviter les ruptures dans leur accompagnement ou leur prise en charge.

• LEVIERS D'ACTION MOBILISES

Pour les trois portes d'entrée observée, on constate que les leviers d'actions mobilisés dans les deux régions pour « décloisonner » le système de santé régional présentent de fortes similitudes et visent à :

- **La mise en place de dispositifs de coordination**
- **Le développement d'une culture commune**
- **Le développement de systèmes d'information partagés**
- **La mise en place d'outils contractuels entre établissements, et entre professionnels**

Le tableau suivant illustre les dispositifs mis en œuvre dans chacune des régions pour chacun de ces leviers.

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
Mise en place de dispositifs de coordination	<p><u>Porte 1</u> : développement de l'exercice coordonné : 49 maisons de santé pluridisciplinaires en fin de période, élaboration d'un référentiel de l'exercice coordonné</p> <p>Coordination d'appui : 9 réseaux de santé de proximité polyvalents et 12 réseaux thématiques régionaux</p> <p><u>Porte 3</u> : commissions situations critiques, commissions d'harmonisation, groupes de suivi de la scolarisation,</p>	<p><u>Porte 1</u> : développement de l'exercice coordonné : 39 maisons de santé pluridisciplinaires, 1 fédération sous CPOM avec l'ARS, 2 centres de santé créés</p> <p>Coordination d'appui : un réseau de santé de proximité et d'appui régional (Arespa) et 24 réseaux thématiques</p> <p><u>Porte 3</u> : commissions situations critiques, Centre de ressources régional PH, Handident, Handiconsult, groupes de suivi de la scolarisation, expérimentations ITEP de</p>

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
	<p>expérimentations autour des doubles orientations</p> <p><u>Porte 4</u> : développement des SPASAD, référentiel de l'exercice coordonné, mise en place des CCP et CTA dans le cadre du PAERPA, Expérimentations article 70, structuration de la filière gériatrique (pôles de gériatres sur les GHT)</p> <p><u>Porte 7</u> : groupe parcours « handicap psychique » ; expérimentations de « référent parcours »</p>	<p>l'Aire</p> <p><u>Porte 4</u> : développement des SPASAD, réseau IDEC, PSPA, programme PAPA, coordination régionale d'aide aux aidants, Etude Alcimed relative à l'organisation des structures de coordination</p> <p><u>Porte 7</u> : plateformes territoriales de coordination</p>
Développement d'une culture commune	<p><u>Porte 3</u> : plan de formation régional Autisme, charte Romain Jacob, sessions de formation pluridisciplinaires en matière de prévention, stages croisés entre le secteur médico-social et sanitaire, équipe multidisciplinaire Handicap rare</p> <p><u>Porte 4</u> : dispositif Asalée, actions de formation CRESAD, programme OMEGAH, formations PATHOS et AGGIR, étude sur les hospitalisations évitables en provenance d'EHPAD</p> <p><u>Porte 7</u> : mini-stages / journées d'immersion croisées ; newsletter</p>	<p><u>Porte 3</u> : plan de formation régional Autisme, charte Romain Jacob, cahier de préconisations, Programme articulation hospitalier-ambulatoire-médicosocial, classeur de liaison pluriprofessionnel, équipe multidisciplinaire handicap rare</p> <p><u>Porte 4</u> : action bucco-dentaire en EHPAD,</p> <p><u>Porte 7</u> : mini-stages / journées d'immersion croisées ; newsletter</p>
Développement des systèmes d'information	<p><u>Porte 1</u> : maillage territorial en télémédecine, plateforme médicale informatisée</p>	<p><u>Porte 1</u> : maillage territorial en télémédecine, développement du Dossier</p>

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
	<p>d'Imphy, projet ETICSS en Saône-et-Loire</p> <p><u>Porte 3 et 4</u> : portail Viatrajectoire</p> <p>Porte 4 : outil ROR, mise en place d'une messagerie sécurisée et développement des PPS dans le cadre du PAERPA, outils de transmission sur les entrées et sorties d'hospitalisation (article 70)</p>	<p>médical partagé (DMP)</p> <p><u>Porte 4</u> : DMP + solutions domotiques innovantes dans le cadre du PSPA</p>
Outils contractuels entre établissements, et entre professionnels	<p><u>Porte 1</u> : 19 protocoles de coopération (délégation de compétence) pour 61 médecins délégués</p> <p><u>Porte 3</u> : contractualisation CPOM et CTP avec les ESMS, conventions FAM-MAS et établissements sanitaires, convention ARS-Education Nationale</p> <p><u>Porte 4</u> : contractualisation CPOM et CTP avec les ESMS, conventions EHPAD - CH</p> <p><u>Porte 7</u> : GT autour de l'élaboration d'un guide régional des pratiques infirmières en CMP</p>	<p><u>Porte 1</u> : 10 protocoles de coopération pour 53 médecins délégués</p> <p><u>Porte 3</u> : contractualisation CPOM et CTP avec les ESMS, convention ARS-Education Nationale</p> <p><u>Porte 4</u> : contractualisation CPOM et CTP avec les ESMS, conventions EHPAD – CH</p> <p><u>Porte 7</u> : expériences de délégation de tâches au personnel infirmier sous la responsabilité d'un médecin psychiatre coordonnateur</p>

- **AVANCEES CONSTATEES**

Les principales avancées constatées au cours de la période 2012-2016 sont les suivantes :

Fort développement de l'exercice coordonné entre professionnels de santé qui répond à la préoccupation de désertification médicale dans certains territoires, à la volonté d'une prise en charge globale des patients, et aux souhaits de certains jeunes médecins en matière de pratique professionnelle.

Mise en place ou le développement de dispositifs de coordination d'appui (réseaux de santé) pour rassembler les professionnels des différents champs autour du malade, en y associant une expertise pour la gestion des cas complexes.

Meilleure connaissance des points de rupture des parcours grâce à des diagnostics partagés et l'installation progressive d'instances de pilotage élargies.

Développement d'une culture commune entre acteurs du sanitaire et acteurs du médico-social, par l'intermédiaire des formations croisées, de démarches partagées de capitalisation (rôle fédératif joué par les pôles ressources de type CRA, PGI); par la diffusion de supports et guides méthodologiques.

Mise en place d'outils facilitant le partage d'information entre les professionnels (ex : ROR, Viatrajectoire, ligne téléphonique gériatrie).

Rapprochement entre l'aide et le soin au domicile grâce au développement de structures polyvalentes (SPASAD).

- **FACTEURS FACILITANTS**

La mise en œuvre des dispositifs visant à décloisonner le système de santé a été facilitée par :

Des éléments de contexte qui tendent nécessairement au décloisonnement. Plusieurs constats et changements de paradigmes rendent inéluctable le rapprochement entre professionnels sanitaires et/ou médico-sociaux (ex : démographie médicale, désinstitutionnalisation et adaptabilité de l'offre sur le champ médico-social).

Des éléments de cadrage national qui viennent astreindre les institutions et les professionnels à la pratique du décloisonnement (ex : pacte territoire santé 1 et 2, circulaire nationale relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes). **Des programmes et dispositifs**

nationaux qui vont dans le sens du décloisonnement et bénéficient de système de suivi « incitatifs » (PAERPA, article 70...).

Des engagements spontanés de certaines professions à la pratique des coopérations (ex : rôle stratégique du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes en FC dans la mise en œuvre des bilans bucco-dentaires en EHPAD).

Un pilotage contractuel offensif pratiqué par les 2 ARS auprès des structures médico-sociales (le CPOM comme outil d'incitation au partenariat et à la mutualisation).

La participation de **professionnels identifiés et reconnus par leurs pairs** (médecins coordonnateurs des PTC, pilotage de la filière gériatrique...).

- **FREINS RENCONTRES**

La mise en œuvre des dispositifs visant à décloisonner le système de santé se heurte toutefois dans les deux régions à des freins de différentes natures :

« **Académique** » : les formations initiales restent « monodisciplinaires » (les infirmières d'un côté, les éducateurs de l'autre...) et avec très peu de passerelles. Le recours à des services de spécialité pour certaines prises en charge (en matière d'handicap ou de gériatrie par exemple) accentue la dépendance à l'expertise, et rend complexe le transfert et l'appropriation de compétences spécifiques. L'hétérogénéité des pratiques et des cultures professionnelles (ex : notion de confidentialité, culture de l'écrit) fait parfois obstacle au développement d'outils partagés.

Organisationnelle et/ou managériale : les régimes d'autorisation différents entre les secteurs sanitaires et sociaux rendent complexes les actions regroupant les acteurs des différents champs ; il en est de même avec les calendriers différents entre les services / structures. La délocalisation des équipes d'une structure à l'autre se confronte au problème de différenciation des tarifications. Le fonctionnement et les conditions d'organisation de certains services au domicile se révèlent inadaptés au déploiement des coordinations et des partenariats (manque de formation, turn-over important des personnels, manque d'encadrement et de contrôle des pratiques, manque de formalisation des protocoles partenariaux).

Règlementaire : la législation sur les formations DPC (développement professionnel continu) ne facilite pas les formations pluri professionnelles

(seules les formations par spécialité sont reconnues et indemnisées). De même, la lourdeur des démarches administratives freine les professionnels à s'engager dans certains dispositifs, par exemple les protocoles de coopération (délais de validation des protocoles de coopérations par la Haute autorité de santé).

Liée aux représentations / idées reçues : la coopération entre professionnels se heurte parfois à des antagonismes liés aux approches métiers (ex : psychiatres et psychologues, aide et soin à domicile), à des postures entre établissements (entre CH et CHU), au corporatisme (délégation de compétences).

- **BILAN GLOBAL**

Les PRS de Bourgogne et de Franche-Comté ont eu une influence positive sur le décloisonnement des acteurs :

- axe fort promu dans les documents stratégiques des deux régions, cet objectif a donné lieu à de multiples réalisations recensées dans le bilan ;
- ces avancées en matière de décloisonnement concernent à la fois chacun des secteurs, comme les secteurs entre eux (sanitaire et médico-social) ;
- principal effet constaté par l'ensemble des référents, ces actions ont favorisé une prise de conscience partagée par les professionnels des différents champs sur la nécessité de travailler ensemble ;
- cette prise de conscience, à laquelle les PRS ont largement contribué, a généré des initiatives en matière de décloisonnement de la part des professionnels eux-mêmes (dynamique à la fois top down et bottom up) ;
- les différentes institutions sont également concernées par cette dynamique, que ce soit sous l'effet de la réglementation (ex. conférences de l'autonomie) ou d'initiatives locales auxquelles elles acceptent de se joindre (ex. PRC).

Dimension indispensable pour les démarches de parcours, cet objectif restera central dans la prochaine génération de PRS.

4.3 Objectif 2 : Conforter la place des usagers

- **RAPPEL DES ENJEUX DE SANTE**

La vision et la place de l'utilisateur au sein du système de santé ont été profondément modifiées au cours des quinze dernières années.

En 1998, les Etats Généraux de la Santé consacrent l'objectif de « mettre le patient au centre du système ». Cet objectif se traduit dans la loi du 4 mars 2002 qui consacre la notion de droits des malades dans le système de santé. Une panoplie de droits individuels leur est alors reconnue : information claire et loyale, codécision, respect de la vie privée, droit à la dignité, accès au dossier médical, droit de se plaindre et d'être indemnisé, etc.

Parallèlement, un embryon de démocratie sanitaire est mis en place autour d'associations représentant les usagers. Il s'agit, en offrant à l'utilisateur une **information « lisible »** sur le système et l'offre de service, de **rendre chacun plus autonome dans la gestion de son parcours de santé**, aux parcours individuels d'être plus adaptés aux attentes du patient, et in fine au fonctionnement du système de santé d'être plus efficace et efficient.

La loi Hôpital patients santé territoire (HPST) du 21 juillet 2009 va dans le même sens en créant des espaces de débats permettant à tous les acteurs du système de santé (et notamment aux usagers) d'exprimer leur avis sur l'organisation de ce système et sur ses priorités. Le champ dit de « **la démocratie sanitaire** » bénéficie ainsi de nouveaux lieux d'expression institutionnalisés que sont la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

En dépit de ces avancées, les rapports parus en 2011 à l'occasion de l'année des patients et de leurs droits constatent une mise en œuvre insuffisante de ces préconisations. « Mettre le patient au centre du système » reste un objectif à atteindre au sein des organisations de santé régionales.


- **PRISE EN COMPTE DE CET OBJECTIF DANS LES PRS**



La place des usagers est abordée dans les PRS principalement sous l'angle de l'information au public. La dimension « démocratie sanitaire » de la thématique est quant-à-elle essentiellement prise en compte dans le PRS franc-comtois.

OBJECTIF	Principaux éléments du PRS renvoyant à cet objectif	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
Conforter la place des usagers	PSRS O 1-1-7 : Donner les moyens aux usagers de bien se repérer dans l'offre de soins , notamment de 1er recours, en adaptant l'information aux publics spécifiques PRAPS	PSRS OG 3.4 : Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l' accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins SRP OG 3.2.1 : Faciliter la démocratie sanitaire en santé mentale en structurant des temps, des lieux d'échanges, des plates-formes de coordination

- **POIDS DE CET OBJECTIF POUR CHACUNE DES PORTES D'ENTREE**

Cet objectif est plus ou moins présent en fonction des thématiques. Le tableau ci-dessous en apprécie le poids pour chacune des portes d'entrée retenues pour l'analyse.

Porte	Poids de l'objectif	Justification
3- Parcours de vie des personnes en situation de handicap		La place des usagers traverse l'ensemble du champ retenu sur cette porte d'entrée. Les deux régions entendent soutenir l'autonomie des personnes handicapées dans le respect des choix de vie de chacun. Le parcours de vie des PH s'établit selon une notion d'individualisation de l'offre d'accompagnement construite en adaptabilité à l'évolution des besoins des PH. En ce sens la place des usagers est ici abordée à

Porte	Poids de l'objectif	Justification
		partir d'une prise en compte des aspirations et des besoins des PH et de leurs familles.
5- Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les CLS		La place des usagers n'est pas spécifiquement abordée dans les PRS comme l'un des enjeux prioritaires des CLS : ce sont la CRSA et ses commissions, les conférences de territoire et leurs déclinaisons (espaces d'animation territoriale en Franche Comté) ou encore les réunions publiques qui sont mises en avant. Certains CLS reprennent toutefois cette notion dans leurs documents de contractualisation.
7- Parcours en santé mentale		La place des usagers est abordée dans les deux régions sous l'angle de l'information au public. Il s'agit d'un objectif important dans un contexte marqué par l'insuffisance de communication sur le système de santé mentale vers les professionnels mais aussi vers la population (usagers, familles, aidants, élus, institutions) et plus généralement le manque d'information du public sur les troubles mentaux et la souffrance psychique (SRP FC).

• **LEVIERS D'ACTION MOBILISES**

Quelle que soit la porte d'entrée observée, les deux régions ont mobilisé trois principaux types de leviers pour « conforter la place de l'utilisateur » au sein du système de santé régional :

- **L'adaptabilité de l'offre aux besoins des usagers**
- **Le développement d'instance de démocratie sanitaire**
- **La mise en place d'outils d'information du public et des familles**

Le tableau suivant les recense en donnant quelques illustrations des dispositifs mis en œuvre dans chacune des régions.

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
L'adaptabilité de l'offre aux besoins des usagers (prise en compte de son projet de vie, projet de soins)	<u>Porte 3</u> : expérimentations doubles-orientations (souplesse des solutions proposées en réponse à la singularité des situations des usagers) ; travaux auprès des MDPH sur la lecture des besoins de l'utilisateur	<u>Porte 3</u> : expérimentations doubles-orientations (souplesse des solutions proposées en réponse à la singularité des situations des usagers) ; travaux auprès des MDPH sur la lecture des besoins de l'utilisateur ; mise en place de réseaux de prise en charge adaptés : Handident (label « droit des usagers »), Handiconsult
Le développement d'instances de démocratie sanitaire	<u>Porte 3</u> : commissions situations critiques <u>Porte 5</u> : création de 3 CLSM	<u>Porte 3</u> : commissions situations critiques <u>Porte 5</u> : création de 2 CLSM
La mise en place d'outils d'information du public et des familles (réunions, formations...)	<u>Porte 3</u> : équipe multidisciplinaire Handicap rare, formations autisme, réseau santé sourds, formations aidants UNAFAM, villages Répit Familles <u>Porte 5</u> : consultation citoyenne lors des diagnostics partagés <u>Porte 7</u> : création d'un centre de ressources sur la maladie et le Handicap psychiques (CreMpsy) ; formations d'aidants organisées par l'UNAFAM	<u>Porte 3</u> : équipe Handicap rare, formations autisme, centre de ressources régional PH, modélisation d'un parcours aidant, bistrot des aidants, plateforme de répit, Pôle enfance d'Héricourt <u>Porte 5</u> : consultation citoyenne lors des diagnostics partagés ; plusieurs CLS prévoient la mise en place d'outils d'information dans leur plan d'actions (ex. CLS Haut Jura, Montbelliard, Dole, Vosges Saônoises, Revermont...) ; édition d'un guide de la participation en santé de proximité par la Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC) et la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
		<u>Porte 7</u> : formations d'aidants organisées par l'UNAFAM ; organisation d'un débat public santé mentale ; mise en œuvre d'actions de sensibilisation du public dans le cadre des PTC

- **AVANCEES CONSTATEES**

Les principales avancées constatées au cours de la période 2012-2016 sont les suivantes :

Consolidation de la place donnée aux associations représentant des usagers : en santé mentale, la place de l'UNAFAM a été confortée dans les deux régions (elle est intégrée au CreMpsy en Bourgogne, aux PTC et au groupe santé mentale en Franche Comté). Concernant le parcours des personnes en situation de handicap, les représentants des personnes et des familles sont associées à la recherche et la définition d'une solution adaptée dans le cadre des commissions en charge de la gestion des situations critiques

Création de nouvelles instances associant les représentants d'usagers : CLSM notamment.

Consultation directe des citoyens, notamment dans le cadre des diagnostics partagés mis en œuvre par les CLS. L'absence de capitalisation des données de suivi ne permet pas d'établir un bilan concernant la réalisation des actions de communication / information du public prévues dans les plans d'actions.

Adaptation et modularité de l'offre de prise en charge aux besoins spécifiques des usagers en situation de handicap. Les dispositifs Handident et Handiconsult (FC) facilitent l'accès à des consultations sur des créneaux spécifiques et adaptés aux besoins d'accompagnement des PH et des familles. Toujours concernant le parcours des PH, le développement de dispositifs souples à partir des doubles orientations consiste à proposer un accompagnement en « prestations » modulaires, précisées dans le cadre d'un projet individualisé négocié avec les familles.

Renforcement de l'appui aux aidants familiaux, via le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire en établissement, ainsi que des formules de soutien multiples (bistrots des aidants, plateforme de répit pour les proches d'enfants polyhandicapés...).

Mise en place d'outils d'information multiples, tels que les structures ressources spécialisées pour les PH (centre de ressources régional PH expérimenté en FC, centres de ressources autismes, réseau santé sourds, équipe handicap rare). On notera que les réalisations des CLS en matière d'information du public n'ont pu faire l'objet de bilan en l'absence de capitalisation de leurs données de suivi au niveau régional.

- **FACTEURS FACILITANTS**

La mise en œuvre des dispositifs visant à conforter la place des usagers dans le système de santé s'est vue facilitée par :

Des éléments de cadrage national qui viennent poser les jalons d'une plus grande démocratie sanitaire (ex : loi HPST, 3^{ème} plan autisme, circulaire situations critiques)

La mise en place d'outils qui favorisent la mobilisation des usagers : diagnostics partagés pour les CLS, débats publics...

L'engagement d'associations d'usagers et de réseaux spécialisés dans des expérimentations à caractère innovant

Des éléments de contexte qui favorisent la mobilisation des usagers : enjeux de santé fort et correspondant à des enjeux locaux (ex. démographie médicale, thématiques liées aux personnes âgées et à la santé mentale...).

- **FREINS RENCONTRES**

Plusieurs freins limitent la place des usagers au sein du système de santé. Ils sont liés :

Aux modalités de travail : les CLS ont peu mobilisé les citoyens en dehors de la phase de diagnostic (différentes raisons peuvent être invoquées : le manque de temps, la facilité de travailler entre techniciens, le manque de

sensibilité à cette approche qui conduit à ce que ça ne soit pas considéré comme une règle de travail fondamentale notamment dans l'élaboration de tout projet de santé⁵⁴...).

A des limites en matière de repérage et d'analyse des besoins des usagers : la construction d'une réponse adaptée pour les PH se heurte à des difficultés quant à une lecture anticipée des besoins... ayant pour conséquence une gestion parfois « en urgence » des situations auprès des familles.

Aux usagers eux-mêmes : les référents de CLS constatent une certaine difficulté à mobiliser les usagers/ citoyens sur des sujets autres que la démographie médicale.

• BILAN GLOBAL

L'accessibilité de l'information aux usagers a été renforcée par la mise en œuvre de différents outils. Les avancées observées concernent néanmoins surtout l'information délivrée aux professionnels de santé. Des marges de progrès existent concernant l'information directe aux usagers (sous réserve des actions menées par les CLS, non prises en compte dans ce rapport en raison du manque de données de suivi).

En particulier, l'information relative aux parcours des personnes est encore souvent dispersée. Cette approche reste encore essentiellement partagée par les acteurs du système de santé (ce qui constitue déjà en soi une avancée significative) et les professionnels de santé et/ou les structures médico-sociales, qui constituent toujours les intermédiaires numéros un dans la relation des usagers au système de santé. L'affaire Amélie Loquet a mis l'accent sur la nécessité d'associer plus en amont et de manière plus transversale les personnes en situation de handicap et leurs familles (« projet d'accompagnement global » selon la démarche Piveteau).

Les familles ont été prises en compte à travers des actions structurantes, notamment sur le champ des personnes âgées à travers l'aide aux aidants. Cette dimension reste toutefois encore peu développée concernant le

handicap et la santé mentale, renvoyant davantage cet accompagnement au volontarisme et à la mobilisation des structures associatives.

Concernant les dispositifs de démocratie sanitaire, les espaces de démocratie sanitaire prévus par la loi ont bien été installés, aussi bien à l'échelle des territoires (instances CRSA, conférences de territoire...) qu'au sein des établissements (conseils de la vie sociale). Des marges de progrès demeurent néanmoins au niveau de la participation directe des citoyens : ces derniers sont en effet encore le plus souvent représentés par des associations d'usagers. Or, la participation directe des citoyens est importante. Deux exemples l'illustrent :

- Les CLS : plusieurs rapports soulignent l'importance de la participation des citoyens considérée comme un levier important dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la fois pour leur « expertise citoyenne » qui peut permettre d'éclairer différemment les problématiques et les solutions envisagées par les professionnels, mais aussi pour favoriser leur adhésion aux projets et renforcer leurs capacités en tant qu'acteurs de leur santé⁵⁵. Il devrait être possible de faciliter leur participation au-delà de la phase de diagnostic : dans les phases de conception des plans d'actions et d'évaluation qui constituent des temps favorables à une participation élargie, mais aussi dans les comités de pilotage.
- La santé mentale : comme le souligne un référent, dans ce domaine, les usagers sont « appelés à devenir des acteurs à part entière du système de santé, dans la mesure où on s'oriente de plus en plus vers une prise en charge citoyenne, hors les murs ». Aller au-devant des familles pour gagner leur confiance et faire appel à elles dans les instances de concertation territoriale semble une orientation incontournable.

⁵⁴ Notamment : Etude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités Sociales et territoriales de santé en Ile de France, Sophie Schapman-Ségalié, novembre 2014.

⁵⁵ Ibid

4.4 Objectif 3 : Améliorer l'efficience

- **RAPPEL DES ENJEUX DE SANTE**

D'après l'organisation mondiale de la santé, « la performance d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population à répondre aux attentes des personnes et des clients du système et à assurer un financement équitable».

L'amélioration de l'efficience du système de santé, c'est-à-dire la recherche permanente d'une meilleure adaptation de la dépense aux besoins, constitue par conséquent une préoccupation transversale des PRS. Elle va de pair avec l'amélioration de la qualité du service rendu. « Mieux gérer, c'est aussi mieux prendre en charge. Le coût de la non-qualité dans l'organisation des services ou des prestations est préjudiciable aussi bien pour les établissements ou les professionnels qui y exercent que pour les usagers qui y ont recours »⁵⁶.

Garantir la qualité et l'efficience du système de santé constitue ainsi une des principales priorités des ARS.

- **PRISE EN COMPTE DE CET OBJECTIF DANS LES PRS**

L'efficience des dispositifs mis en œuvre et du système de santé en général constitue à la fois un objectif des PRS et un critère central prévu pour leur évaluation⁵⁷. Cette notion traverse ainsi l'ensemble des schémas et programmes des deux régions.

Le tableau suivant relève, de manière non exhaustive, certaines des mentions faites à cet objectif.




OBJECTIFS	Principaux éléments du PRS renvoyant à cet objectif	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
Améliorer l'efficience	<p>PSRS : objectif abordé de manière transversale</p> <p>SRP : levier d'action 4.4 « la recherche de l'efficience dans les programmes de prévention et de promotion de la santé »</p> <p>SROS : objectif abordé de manière transversale</p> <p>SROMS : introduction « promouvoir l'efficience au sein des ESMS »</p> <p>PRT : il s'agit de l'1 des 5 objectifs du programme : « Rationaliser les dépenses de santé, en réduisant le nombre de transferts de patients non médicalement justifiés, de prescriptions redondantes, de journées d'hospitalisation » ...</p>	<p>PSRS : objectif abordé de manière transversale</p> <p>SROS : l'efficience constitue une orientation stratégique systématiquement retenue dans les fiches du schéma</p> <p>SROMS 1 des 3 orientations majeures de l'ARS est « la poursuite des réformes structurelles en cours dans une visée d'amélioration des prises en charge et d'efficience »</p> <p>PRT : « Contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé : La télémédecine permet également de favoriser un recours maîtrisé au système de soins en diminuant la fréquentation des urgences, le recours aux dispositifs de permanence des soins, les hospitalisations inadéquates et les transports... »</p>

⁵⁶ PRS Ile de France.

⁵⁷ PSRS Bourgogne p.29 (cahier 2)

• **POIDS DE CET OBJECTIF POUR CHACUNE DES PORTES D'ENTREE**

Le tableau ci-dessous présente le poids de cet objectif pour les trois portes d'entrée retenues pour l'analyse. On constate qu'il occupe une place importante pour chacune d'elles.

Porte	Poids de l'objectif	Justification
2- Organisation territoriale du recours aux soins		Améliorer l'efficacité est l'un des objectifs majeurs (avec la qualité et l'équité d'accès) de l'organisation sanitaire. La raréfaction des ressources, illustrée par le taux d'évolution annuel de l'ONDAM, impose aux autorités publiques, et par ricochet aux opérateurs, de faire évoluer les organisations et les pratiques dans un objectif de moindre coût en maintenant voire en améliorant la qualité des soins. Eviter la dispersion des activités à travers le système d'autorisations et rechercher des modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète sont les axes des PRS qui concourent à la recherche de l'efficacité.
4- Parcours de santé des personnes âgées		La coordination des professionnels (cf. objectif 1), axe majeur du parcours de santé des PA, s'inscrit dans un objectif d'efficacité et d'optimisation des interventions autour des patients âgés. L'axe stratégique autour des hospitalisations évitables et de la transition hôpital-domicile vise à améliorer l'efficacité des prises en charge dans le recours à l'hospitalisation des PA (préparation en amont des entrées, limitation des hospitalisations d'urgence, gestion anticipée des sorties, réduction des réhospitalisations évitables).
6- Développement de l'e-santé		Dans les deux régions, l'un des 4 objectifs du développement des usages de la télémédecine consiste à « améliorer l'efficacité du système de santé » (copil BFC e-santé 13 juin 2016)

• **LEVIERS D'ACTION MOBILISES**

Les portes étudiées ont permis d'identifier 4 principaux leviers d'action mobilisés par les deux régions pour « améliorer l'efficacité » du système de santé régional :

- Le développement de l'e-santé
- La réduction des hospitalisations évitables
- La gradation des soins
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile)

Le tableau suivant les recense en donnant quelques illustrations des dispositifs mis en œuvre dans chacune des régions.

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
Développement de l'e-santé	<u>Porte 2 et 6</u> : Programme Hôpital numérique, projet ETICSS, télémédecine (15 projets en cours ; 7 opérationnels ; 165 sites équipés ; 502 actes recensés en 2015) Porte 4 et 6 : DMP, ViaTrajectoire, volet SI du PAERPA, Sinfonière	<u>Porte 2 et 6</u> : Programme Hôpital numérique, DMP, dossier communicant en cancérologie, télémédecine (13 projets en cours ; 9 opérationnels ; 63 sites équipés ; 3160 actes recensés en 2015)
Réduction des hospitalisations évitables	<u>Porte 4</u> : outil Viatrajectoire, conventions EHPAD-CH, médicalisation des EHPAD, étude sur les admissions évitables en provenance d'EHPAD, déploiement PASA et UHR, renforcement de l'accueil de jour et l'hébergement temporaire en EHPAD, structuration de la filière gériatrique, PAERPA, Expérimentations article 70	<u>Porte 4</u> : conventions EHPAD-CH, médicalisation des EHPAD, déploiement PASA et UHR, renforcement de l'accueil de jour et l'hébergement temporaire en EHPAD, PSPA, Dispositif GIE IMPA

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
Gradation des soins	<u>Porte 2</u> : mise en place des 6 communautés hospitalières de territoire, 2 fusions d'établissements, 1 FMIH sur les urgences, mise en œuvre des autorisations sanitaires par activité	<u>Porte 2</u> : organisation sanitaire sur une base régionale avec 9 FMIH pilotées par le CHRU, 6 fusions d'établissements, mise en œuvre des autorisations sanitaires par activité
Développement des alternatives à l'hospitalisation complète	<u>Porte 2</u> : actions de promotion pour la chirurgie ambulatoire auprès des professionnels et du grand public (instance régionale de l'ambulatoire, trophée de la CA...). Taux cibles presque atteints. Révision du SROS HAD.	<u>Porte 2</u> : actions de promotion pour la chirurgie ambulatoire auprès des professionnels et du grand public (appel à projet régional pour 2 établissements, CPOM avec 5 établissements...). Taux cibles atteints.

- **AVANCEES CONSTATEES**

Les principales avancées constatées au cours de la période 2012-2016 sont les suivantes :

Réduction des prescriptions redondantes grâce, notamment, au développement du dossier médical partagé.

Réduction du nombre de transferts de patients grâce au développement de la télémédecine et à la médicalisation de certains établissements (EHPAD notamment).

Diminution de la fréquentation des urgences pour les PA sur certains territoires, grâce au recours systématisé à un avis d'expertise pour améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers (téléconsultations notamment) ; à l'élaboration et la diffusion de protocoles de soins adaptés aux situations d'urgence ; au développement des hospitalisations programmées ; à la promotion des alternatives à l'hospitalisation (ex : accueil de jour) ; à une meilleure connaissance des lits disponibles (coopérations EHPAD / CH , mise en place des outils Viatrajectoire et ROR).

Une diminution des durées d'hospitalisation et du nombre de ré hospitalisations sur certains territoires. Y contribuent notamment : la généralisation des bonnes pratiques adaptées à l'offre hospitalière (urgence, gériatrie, médecine, SSR) ; les solutions proposées par la e-santé ; la mise en place de protocoles de liaison et d'échange entre centres hospitaliers et médecine de ville ; la mise en place de référents sortie d'hospitalisation dans certains CH ; la systématisation d'une évaluation des besoins pour un retour accompagné par des aides au domicile ; le développement d'une offre d'accompagnement spécifique adaptée au retour au domicile des patients (outils de surveillance à distance permettant de sécuriser la sortie du patient...).

Hausse des taux de chirurgie ambulatoire avec un taux réalisé en 2015 de 50,5% pour un taux cible de 51% en Bourgogne (taux national réalisé de 51,9%) et un taux réalisé de 46,6% pour un taux cible de 46,7% en Franche-Comté.

Augmentation sensible du nombre moyen de patients pris en charge en HAD pour 100 000 habitants en 2014 : 13,4 en Bourgogne, et 13,9 en Franche Comté, assez loin néanmoins des résultats nationaux (18,5).

Réduction du nombre d'établissements de santé et du nombre d'autorisations d'activités, par fusions d'établissements et une meilleure répartition des activités de soins.

Création de services mutualisés : en matière de gériatrie, grâce à la constitution d'une filière dans les 6 GHT bourguignons ; en e-santé via les plateformes de soins informatisées (ex. SINFONièvre)...

Développement des transferts de compétences entre professionnels de santé : dans le cadre de consultations directes partagées comme des téléconsultations, les aides-soignants des Ephaad montent en compétence au contact des spécialistes ; moins sollicités par la suite sur certaines problématiques (grâce à la montée en compétence des autres professionnels), les spécialistes peuvent ensuite se concentrer sur leur expertise.

Accompagnement à l'évolution des pratiques concernant l'organisation du « temps soignant » via une démarche expérimentale d'appui sur initiée en Franche-Comté auprès des SSIAD et des EHPAD.

Notons que nous ne disposons de peu de données quantitatives permettant de vérifier ces tendances.

- **FACTEURS FACILITANTS**

La mise en œuvre des dispositifs visant à améliorer l'efficacité du système de santé s'est vue facilitée par :

Le volontarisme des 2 ARS concernant la mise en place des projets et services d'e-santé et télémédecine.

Des éléments de contexte favorables (ex. démographie médicale nécessitant d'aller vers plus de mutualisation, de recourir à la télémédecine...).

L'accès à des financements facilitant la mise en place de certaines expérimentations (article 36 pour la Bourgogne).

La dimension structurante de certains dispositifs nationaux (PAERPA, expérimentations article 70) qui mobilisent une variété d'acteurs et qui s'appuient sur une forte expertise (appui de l'HAS notamment).

Une forte adhésion et implication de tous les acteurs pour le développement de la chirurgie ambulatoire : professionnels de santé, directeur d'établissements, usagers, URPS, Assurance maladie.

La mise en place de directions communes dans les établissements de santé qui est un facteur clé pour favoriser les mutualisations voire les fusions.

- **FREINS RENCONTRES**

La mise en œuvre des dispositifs visant à améliorer l'efficacité du système de santé se heurte toutefois dans les deux régions à des freins de différentes natures :

Economique : le déploiement des systèmes d'information et des projets de télémédecine se heurte aux contraintes liées à leur financement (pas de facturation possible de la télémédecine à l'assurance maladie en dehors de la rétinopathie diabétique et expérimentations spécifiques). Puisqu'il n'existe pas de modèle économique en e-santé, les expérimentations doivent être financées par l'ARS et sont nécessairement en nombre limité.

Organisationnelle : à titre d'illustration, le déploiement des DMP (dossier médical personnel) se heurte à un déficit de création qui s'explique par la dimension chronophage que représente cette étape aussi bien pour les professionnels libéraux que pour les services des admissions hospitalières

(temps nécessaire pour informer et recueillir le consentement du patient, saisir les données requises...). Concernant l'HAD, le maillage de la région en structures d'HAD est encore incomplet ; par ailleurs son recours est freiné par des critères d'inclusion inadaptés aux publics en provenance d'EHPAD ; il l'est également du fait que de nombreux médecins (libéraux et hospitaliers) sont encore insuffisamment enclins à la prescrire. La difficulté de contractualiser avec les établissements de santé sur des objectifs en chirurgie ambulatoire dans le CPOM sur des objectifs portant sur la pertinence des soins car ce sujet concerne directement les professionnels contributeurs qui ont posé l'indication du soin.

Démographique : la population est en diminution dans certaines zones, rendant l'habitat plus dispersé et augmentant les temps de distance et d'intervention.

Règlementaire, importants concernant les systèmes d'information (consentement et information du patient ; conditions garantissant l'authentification des PS, du patient, l'accès des PS aux données médicales ; dossier de télémédecine propre ; hébergeur agréé données santé, déclaration CNIL, contractualisation ARS opérateur...).

Liée au caractère expérimental des dispositifs : plusieurs mesures innovantes demeurent à ce stade cantonnées à l'échelle d'un micro-territoire et n'ont pas à ce stade bénéficié d'un éclairage suffisant pour prétendre à un déploiement ou à une généralisation.

- **BILAN GLOBAL**

Compte-tenu du manque d'éléments de comparaison et de données qualitatives et quantitatives de suivi sur cet objectif, il ne nous est pas possible de répondre précisément à la question de l'efficacité. L'analyse de l'efficacité des actions menées en termes médico-économique reste en effet encore à accomplir pour la plupart d'entre elles. Si des premières évaluations ont d'ores et déjà été menées (télé AVC, révision du SROS HAD), elles ne donnent qu'une vision partielle des avancées⁵⁸.

⁵⁸ La révision du SROS HAD en Bourgogne estimait ainsi l'économie réalisée par la HAD sur les dépenses d'assurance maladie entre 4,3 et 22 millions d'euros pour la région.

Nous pouvons toutefois constater à travers le bilan que des nombreuses actions visant à une meilleure efficacité des interventions auprès des patients ont été menées dans les deux régions et sur une diversité de domaines. Le « virage ambulatoire » a été engagé, tant dans le secteur sanitaire (ex : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile) que médico-social (logique de désinstitutionnalisation). Cette dynamique devrait initier des effets en matière d'efficacité, et ce à partir d'un ensemble d'avantages : faibles retours en hospitalisations, limitation des hospitalisations inutiles et coûteuses, rationalisation des déplacements des patients, réduction des temps d'hospitalisation, sécurisation des retours au domicile...

4.5 Objectif 4 : garantir l'équité d'accès aux soins

• RAPPEL DES ENJEUX DE SANTE

Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite ; ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins que garantit aux usagers le système de protection sociale mis en place en 1945. Tous les acteurs de santé - les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes de prévention ou de soins, les autorités sanitaires - doivent employer tous les moyens à leur disposition pour le mettre en œuvre au bénéfice de toute personne.

Différents facteurs font obstacles à l'effectivité de ce droit : parmi eux, les inégalités sociales (liées notamment à la faiblesse des revenus, à la précarité des conditions de vie, au déficit éducatif) et les inégalités territoriales de santé (associées aux différents contextes résidentiels).

Garantir l'équité d'accès constitue ainsi un enjeu majeur, réaffirmé dans les années 2000 au niveau international par l'OMS (« Comblé le fossé en une génération - Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », 2008) comme en France qui en fait un objectif de santé publique (loi HPST, groupes de travail⁵⁹...). Pour les ARS, l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité constitue un objectif prioritaire.

• PRISE EN COMPTE DE CET OBJECTIF DANS LES PRS

Les deux PRS soulignent dans leurs diagnostics le poids et l'« aggravation »⁶⁰ des inégalités territoriales et sociales de santé dans ces régions.

En Bourgogne, la réduction de ces inégalités est un objectif transversal du PRS : c'est le centre du PACTE, dont le « T » pour « territoire » renvoie à l'objectif « réduire les inégalités territoriales et sociales de santé ». En

Franche-Comté, cet objectif est davantage associé à des thématiques spécifiques (lutte contre le cancer, périnatalité, éducation à la sexualité, contraception, IVG, personnes âgées et personnes souffrant de handicap).




OBJECTIFS	Principaux éléments du PRS renvoyant à cet objectif	
	BOURGOGNE	FRANCHE-COMTE
Garantir l'équité d'accès aux soins	<p>PSRS OG1 : Faciliter l'accès à l'offre de santé de proximité dont les soins de 1er recours ; OG1.4 : Organiser l'utilisation des systèmes d'informations en santé (nouvelles technologies de transfert d'informations, télémédecine...).</p> <p>PRT : 1 de ses 5 objectifs : Lutter contre la désertification médicale, en trouvant des solutions de diagnostic à distance, et en impliquant les acteurs de santé dans les technologies de l'information et de la communication</p> <p>SROS ambulatoire (OG 3.1 et 3.2) et hospitalier</p> <p>SRP : objectif transversal</p> <p>PRAPS : objectif central</p> <p>Pacte territoire santé 1 et 2</p> <p>Documents de contractualisation des CLS</p>	<p>PSRS : Enjeu transversal 2 : Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé ; Objectif 3.1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé</p> <p>SROS ambulatoire et hospitalier OG 3.2</p> <p>PRAPS : la santé des publics précaires et vulnérables est citée comme un des deux enjeux majeurs de sa politique pour les 5 années à venir</p> <p>Pacte territoire santé 1 et 2</p> <p>Documents de contractualisation des CLS</p>


⁵⁹ Groupe de travail du Haut conseil de santé publique « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » (2009), Groupe de travail « Agences régionales de santé – Les inégalités sociales de santé » piloté par Bernard Basset (2008), Colloque international « Réduire les inégalités sociales de santé » organisé le 11 janvier 2010 par la DGS et l'IRES

⁶⁰ PRS Bourgogne, Cahier 2, p.130

• **POIDS DE CET OBJECTIF POUR CHACUNE DES PORTES D'ENTREE**

Le tableau ci-dessous apprécie le poids de cet objectif pour chacune des portes d'entrée retenues pour l'analyse. On constate qu'il s'agit d'un objectif majeur dans les 2 PRS, et ce quelle que soit la thématique observée.

Porte	Poids de l'objectif	Justification
1- Accès aux soins de premier recours		L'équité d'accès de l'ensemble de la population aux soins de premier recours, quel que soit son lieu de résidence et sa situation sociale, est au cœur de la problématique de cette porte d'entrée. Elle consiste à permettre à toute personne d'accéder dans un délai raisonnable au professionnel de santé susceptible, soit de lui prodiguer les soins nécessaires, soit de l'orienter dans le système de santé, en fonction de la nature de ses besoins et de leur degré d'urgence.
2- Organisation territoriale du recours aux soins		L'équité d'accès est l'un des objectifs majeurs (avec la qualité et l'efficacité) de l'organisation sanitaire. Les modalités d'organisation des activités de soins doivent en effet garantir sur l'ensemble du territoire que chaque patient recevra des soins de qualité équivalente, quel que soit son lieu de résidence.
5- Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les CLS		Problématique centrale dans les deux régions, confrontées au défi de la démographie médicale, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est l'un des principaux enjeux des CLS, repris dans l'ensemble de leurs plans d'action. Dans les documents stratégiques et schémas des deux régions, les CLS sont présentés comme un outil au service de la réduction des inégalités territoriales de santé.

Porte	Poids de l'objectif	Justification
6- Développement de l'e-santé		Dans les deux régions, le développement des usages de la télémédecine a, parmi ses 4 principaux objectifs celui d'améliorer l'accessibilité de tous à des soins de premier recours et aux spécialistes sur l'ensemble du territoire (copil e-santé 13 juin 2016). Il s'agit d'un enjeu majeur pour les territoires les plus isolés et confrontés à un déficit de démographie médicale.

• **LEVIERS D'ACTION MOBILISES**

Les portes étudiées ont permis d'identifier 5 principaux leviers d'action mobilisés par les deux régions pour que le système de santé régional « garantisse l'équité d'accès aux soins » :

- **L'amélioration de la démographie des professionnels de santé**
- **L'amélioration de l'équipement sanitaire**
- **Le développement de la télémédecine**
- **Les coopérations innovantes entre professionnels**
- **La contractualisation avec les acteurs du territoire (CLS)**

Le tableau suivant les recense en donnant quelques illustrations des dispositifs mis en œuvre dans chacune des régions.

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
Améliorer la démographie des professionnels de santé	Porte 1 : incitation à l'installation dans les zones fragiles : mise en place des PAPS, 46 CESP, 18 PTMG Formation : 15,5% des MG maîtres de stage	Porte 1 : incitation à l'installation dans les zones fragiles : mise en place des PAPS, 24 CESP, 23 PTMG Formation : 18% des MG maîtres de stage
Améliorer	Porte 1 : 3 ^e héli-SMUR	Porte 1 : 3 ^e héli-SMUR

Leviers mobilisés	Exemples de réalisations	
	Bourgogne	Franche-Comté
l'équipement sanitaire	<u>Porte 2</u> : gradation des soins sur une base territorialisée	<u>Porte 2</u> : structuration des soins hospitaliers autour du CHU et de FMIH pour une prise en charge harmonisée sur tout le territoire (cf. cancérologie)
Développement de la télémédecine	<u>Porte 1, 2, 6</u> : 15 projets de télémédecine en cours ; 7 opérationnels ; 165 sites équipés ; 502 actes de télémédecine recensés en 2015	<u>Porte 1, 2, 6</u> : 13 projets de télémédecine en cours ; 9 opérationnels ; 63 sites équipés ; 3160 actes de télémédecine recensés en 2015
Coopérations innovantes entre professionnels	<u>Porte 1</u> : exercice coordonné : 49 MSP, Urgences : 1 Fédération médicale inter-hospitalière pour les Urgences, ARMU à Château Chinon <u>Porte 2</u> : infirmiers de coordination en cancérologie, dossier commun périnatalité, expérimentation sur 2 MSP pour les maladies cardio-vasculaires	<u>Porte 1</u> : exercice coordonné : 36 MSP Urgences : 15 médecins correspondants du SAMU, consultations non programmées en MSP <u>Porte 2</u> : cancérologie : coordination d'appui ville-hôpital (Arespa), IDE Postcare, plateforme téléphonique Oncotel, dossier communiquant (DCC). Neurologie : 7 animateurs de filière AVC
Contractualisation avec les acteurs du territoire	<u>Porte 5</u> : 12 CLS signés au total ; 11 territoires contractualisés	<u>Porte 5</u> : 14 CLS signés au total ; 10 territoires contractualisés

- **AVANCEES CONSTATEES**

Les principales avancées constatées au cours de la période 2012-2016 sont les suivantes :

Des situations de pénurie de professionnels dans certaines zones fragiles ont été résolues par le développement de l'exercice coordonné entre professionnels de premier recours, grâce à un dispositif d'accompagnement

technique et financier de l'ARS, animé par des fédérations régionales. On notera que le développement de la télémédecine y contribue également, les possibilités qu'elle offre pouvant constituer un facteur attractif pour de jeunes professionnels cherchant à s'installer.

L'accessibilité aux soins des zones enclavées, isolées ou sous-denses a été améliorée grâce également au développement de la télémédecine. Le maillage en télé-AVC et télé-neurologie font de BFC une région particulièrement en avance par rapport aux autres régions françaises : les temps de réponse dans le cas d'une situation d'urgence ont été très fortement réduits, permettant ainsi une plus grande égalité de chances sur le territoire.

La prise en charge sur le territoire a pu être déclinée de manière homogène et équitable (en particulier la cancérologie en Franche-Comté) grâce à la structuration de certaines filières (mise en œuvre du SROS).

Des dispositifs de coordination à vocation régionale ont été mis en place dans certaines spécialités pour assurer une prise en charge harmonisée entre la ville et l'hôpital : cancérologie, AVC, maladies cardio-vasculaires, périnatalité.

La mise en œuvre de certains équipements (héli-SMUR notamment) a permis d'améliorer le délai de réponse à l'urgence et de réduire ainsi les inégalités territoriales dans ce domaine

La contractualisation avec les acteurs locaux a permis de décliner localement les objectifs en matière d'équité d'accès à la prévention et aux soins. Certains CLS prévoient dans leur plan d'action la mise en œuvre d'exercice coordonné (ex. CLS Pays Avalonnais en Bourgogne). D'autres prévoient l'ouverture de structures de soins (ex. en Bourgogne : MSP dans le cas du CLS Pays Nevers Sud Nivernais ; en Franche-Comté : cabinet médical pour le CLS de Belfort, centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie et espace santé pour les publics éloignés du soin pour le CLS Besançon...). Enfin, d'autres CLS prévoient dans leur plan d'action l'installation de stagiaires (ex. CLS Pays Vesoul en Franche-Comté), de PTMG, la signature de CESP, la création d'un lieu d'accueil et d'hébergement des étudiants en santé... (Ex. CLS Pays Avalonnais en Bourgogne). On notera l'impossibilité de réaliser un bilan de l'avancement des dispositifs prévus dans les plans d'action des CLS (absence de données de suivi capitalisées au niveau régional).

• FACTEURS FACILITANTS

La mise en œuvre des dispositifs visant à garantir l'équité d'accès aux soins s'est vue facilitée par :

Le diagnostic partagé par tous les acteurs sur les inégalités territoriales et sociales pour l'accès aux soins.

L'implication des acteurs, et en particulier des professionnels de santé pour porter les projets en matière de coordination, de coopération et d'articulation ville-hôpital.

Le volontarisme des 2 ARS concernant la mise en place des projets et services de télémédecine, ainsi que pour développer la contractualisation au niveau des territoires (CLS).

• FREINS RENCONTRES

La mise en œuvre des dispositifs visant à décloisonner le système de santé se heurte toutefois dans les deux régions à des freins de différentes natures :

Démographique : dans certaines zones délaissées, les mesures incitatives ne permettent pas de pallier le problème d'attractivité pour le corps médical. Par ailleurs il est difficile de mobiliser les professionnels dans les territoires à très faible densité médicale, où les médecins libéraux sont déjà très sollicités, et qui sont aussi les territoires les plus éloignés des services d'urgence.

« Politique » : l'attitude de certaines communes, plutôt enclines à développer « leur » projet de maison de santé plutôt qu'à s'impliquer dans un projet commun avec d'autres collectivités. Pour les mêmes raisons, la formalisation de CLS peut s'avérer complexe sur certains territoires.

« Corporatiste » : des difficultés perdurent pour faire sauter les verrous entre les différents acteurs notamment ceux de la ville et de l'hôpital.

Economique, réglementaire et organisationnel concernant le développement de la télémédecine (cf. § efficacité). On notera notamment les points de fragilité du maillage régional en sites équipés : équipements précédant les usages, remplacement de professionnels formés par des nouveaux non formés aux usages de la télémédecine...

• BILAN GLOBAL

Les statistiques en matière de démographie médicale montrent :

- une certaine stabilité de la densité en médecins généralistes en Franche-Comté alors que la baisse se poursuit en Bourgogne,
- une augmentation du pourcentage des médecins généralistes de plus de 55 ans dans les deux régions dans des proportions relativement identiques,
- une augmentation homogène de la densité en médecin spécialistes.

Au regard de ces chiffres, on peut raisonnablement penser que les mesures mises en œuvre dans les PRS, **si elles n'ont pas inversé la courbe de la démographie médicale, ont néanmoins contribué à la stabiliser.**

Les PRS ont également contribué à une prise de conscience auprès des professionnels et des élus de la nécessité d'anticiper les situations de pénurie et d'œuvrer ensemble pour y répondre.

Par ailleurs, la dynamique de coopération et de coordination, ainsi que le développement de la télémédecine, a permis de répondre à des situations de pénurie dans certains territoires fragiles et d'améliorer l'accès à une prise en charge en proximité, pour les maladies chroniques comme pour certaines situations d'urgence (AVC notamment).

En Franche-Comté, la stratégie de régionalisation de la prise en charge en cancérologie, déployée depuis 2008, garantit que la qualité de la prise en charge est identique sur l'ensemble du territoire.

Les difficultés en matière de démographie médicale entraînent toutefois des conséquences qui doivent faire l'objet d'une particulière vigilance :

- la surcharge de travail des médecins peut entraîner « mécaniquement » une moindre qualité de la prise en charge. D'où l'intérêt de la coordination d'appui et le développement des nouveaux métiers de la coordination (infirmiers de coordination, gestionnaire de cas...);

- la pénurie de médecins entraîne une dégradation de la situation par rapport au dispositif du médecin traitant. Environ 2% de la population se retrouvent sans médecin traitant, et donc avec des remboursements des frais moindres (-20%). Cette situation devra être prise en compte dans le prochain PRS ;
- les dépassements d'honoraires et les temps d'attente sur les rendez-vous médicaux, qui sont deux marqueurs des inégalités d'accès aux soins, devront également faire l'objet d'une étude attentive.

5 **Recommandations générales**

5.1 Préambule

L'évaluation conjointe des PRS de Bourgogne et Franche Comté a été construite selon une approche par portes d'entrées.

Le bilan de la mise en œuvre des PRS est détaillé au chapitre 2 pour chacune de ces portes.

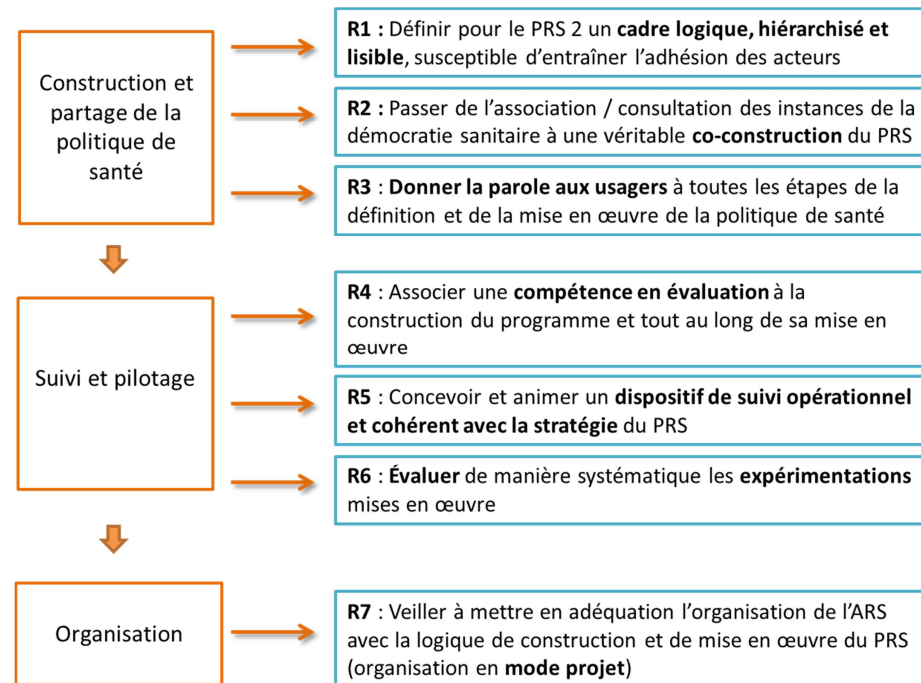
Il rappelle quels en étaient les grands objectifs, apprécie l'effectivité de leur mise en œuvre, et pour chacun établit une conclusion en 3 paragraphes :

- Avancées et limites
- Perspectives
- Pistes de travail / points de vigilance

Les préconisations qui résultent du bilan de chacune des portes d'entrée figurent donc dans les chapitres correspondants.

En complément de ces préconisations par thématique, ce dernier chapitre propose des recommandations transversales fondées sur l'ensemble des observations de l'évaluation des 2 PRS.

Ces recommandations s'organisent de la façon suivante :



Chacune de ces recommandations est détaillée ci-après de la façon suivante :

- Rappel des constats de l'évaluation
- Enjeux pour le PSR2
- Préconisations

5.2 Détail des recommandations

- **R1 : DEFINIR POUR LE PRS 2 UN CADRE LOGIQUE, HIERARCHISE ET LISIBLE, SUSCEPTIBLE D'ENTRAINER L'ADHESION DES ACTEURS**

Constats

- la démarche d'élaboration du PRS 1 franc-comtois s'est appuyée sur un état des lieux du territoire, riche en indicateurs et en éléments descriptifs ; il a cependant manqué à cette étape une réflexion sur les enjeux majeurs pour le territoire.
- La PRS résultant de cette démarche comprend un grand nombre d'objectifs qui ne sont pas hiérarchisés. Pour « y voir plus clair », il a été nécessaire de reconstruire le cadre logique après l'élaboration des différents schémas.
- Les objectifs établis au démarrage des PRS ont évolué au fil des réorganisations internes (particulièrement en Bourgogne) et des directives issues du niveau national.
- L'évaluation des PRS a imposé de rechercher et reformuler les objectifs poursuivis par ce document stratégique. Elle a montré que le PRS était peu connu des acteurs en charge de la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Enjeu

- Un PRS « dynamique » véritable vision partagée de la politique régionale de santé.

Préconisations

- Passer de l'état des lieux à un véritable diagnostic afin d'identifier et de hiérarchiser les enjeux de santé du territoire.
- En amont de la définition des axes et des objectifs structurants du futur PRS, construire le cadre logique stabilisé.
- Faire de ce cadre logique le fil rouge des orientations et de la mise en œuvre du futur PRS en le déclinant dans les différents documents stratégiques du projet.

- Adopter une stratégie claire / lisible afin qu'elle soit appropriable (objectifs précis, en nombre limités ; finalités explicitées ; indicateurs établis en fonction des objectifs et selon la logique SMART ; modalités de renseignement des indicateurs prédéfinies...).

- **R2 : PASSER DE L'ASSOCIATION / CONSULTATION DES INSTANCES DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE A UNE VERITABLE CO-CONSTRUCTION DU PRS**

Constats

- Les instances de démocratie sanitaire ont été consultées au cours du processus d'élaboration du PRS1 franc-comtois : le PSRS a été débattu dans les différentes commissions et soumis à l'avis de la CRSA (plénière du 19 avril 2011) ; la CRSA, dans son avis, a proposé une hiérarchisation des objectifs sur chacune des priorités.
- Ils ont cependant regretté le manque de temps laissé à la concertation qui a limité leur contribution effective à la co-construction du PRS.
- Une plus grande participation des instances de démocratie sanitaire à la construction de la stratégie du futur PRS Permettrait de mieux impliquer les opérateurs et les usagers dans sa mise en œuvre.

Enjeu

- Une politique régionale de santé connue et partagée par tous les acteurs.

Préconisations

- Associer les instances de démocratie sanitaire à la définition de l'agenda prévu pour l'élaboration du futur PRS.
- Prévoir des délais de saisine rallongés et réalistes facilitant la mobilisation / participation de ces représentants à la co-construction du document.

- Intégrer la CRSA au comité de pilotage en charge de l'élaboration du PRS.
- Associer la CRSA aux comités de pilotage des parcours / projets structurants.

• **R3 : DONNER LA PAROLE AUX USAGERS A TOUTES LES ETAPES DE LA DEFINITION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTE**

Constats

- Les espaces de démocratie sanitaire prévus par la loi ont bien été installés, aussi bien à l'échelle des territoires (instances CRSA, conférences de territoire...) qu'au sein des établissements (conseils de la vie sociale, commissions des relations avec les usagers). Les représentants des usagers ont été associés à l'élaboration des PRS.
- Des outils ont été mis en place pour mieux informer les usagers. La participation directe des usagers reste cependant limitée et inégale selon les contextes.

Enjeu

- L'utilisateur acteur de sa santé.

Préconisations

- Adopter une stratégie régionale concernant la place des usagers dans les différents champs d'intervention de l'ARS.
- Capitaliser et valoriser les « bonnes pratiques » en matière d'implication des usagers.
- Porter une attention particulière à la représentation des usagers particulièrement fragiles ou plus difficilement mobilisables (personnes en grande précarité, personnes porteuses de troubles psychiques, personnes souffrant de handicap mental notamment).
- Réaliser un bilan/évaluation des modes de participation des usagers dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux : CRU, CVS,...

• **R4 : INTEGRER LA DIMENSION EVALUATIVE A LA CONSTRUCTION DU PROGRAMME ET TOUT AU LONG DE SA MISE EN ŒUVRE**

Constats

- Les pratiques d'évaluation ont été différentes dans les deux anciennes régions. Certains dispositifs ont donné lieu à des évaluations ciblées, mais seule la Franche-Comté a réalisé un bilan global à mi-parcours.
- Des évaluations sont prévues au cas par cas, dans le cadre de certains dispositifs nationaux (cf. pacte territoire santé, hôpital numérique). Toutefois, ces évaluations ne sont pas intégrées dans un plan d'évaluation global de la politique régionale.
- La fusion des 2 ARS a eu lieu en 2015 : les évaluations de fin de dispositifs n'ont pas encore toutes été réalisées ni décidées (ex. évaluation régionale des CLS bourguignons).

Enjeu

- Efficacité de la mise en œuvre du PRS : le dispositif d'évaluation doit permettre de réajuster les orientations / modalités de mise en œuvre du PRS et/ou d'anticiper les orientations futures. Il permet le débat et favorise la mobilisation des acteurs. C'est aussi un outil de communication sur la politique régionale de santé et sur ses avancées.

Préconisations

- Définir une gouvernance de l'évaluation qui pilotera et, le cas échéant, animera / coréaliser les évaluations, communiquera sur leurs résultats ; prévoir d'associer la CRSA aux instances d'évaluation du programme (participation au comité de pilotage, à la restitution des résultats...).
- Dès la conception du PRS, construire un plan d'évaluation : Identifier les évaluations à réaliser au cours de la période de programmation du futur PRS : évaluations obligatoires (nationales), évaluations décidées au niveau régional ; préciser pour chacune les modalités (interne, partagée, externe), prévoir le budget et le calendrier de ces évaluations ; sélectionner des questions évaluatives (ce choix pourra être réalisé de façon concertée au sein du « comité d'évaluation ») ; identifier les

critères de jugement et les indicateurs à suivre pour les apprécier.

- Pour concevoir et mettre en œuvre ce plan d'évaluation, recruter un évaluateur en interne ou recourir à un cabinet spécialisé en évaluation en externe.

● **R5 : CONCEVOIR ET ANIMER UN DISPOSITIF DE SUIVI OPERATIONNEL ET COHERENT AVEC LA STRATEGIE DU PRS**

Constats

- L'établissement du bilan par porte d'entrée s'est heurté à un manque de visibilité sur l'avancement des actions : absence de tableaux de bord, information dispersée.
- Dans un contexte de forte instabilité, avec de nombreux changements de postes suite à la fusion des deux ARS, ce manque de formalisme dans le suivi de l'avancement a entraîné une perte de mémoire sur les actions menées.
- L'analyse de l'impact en termes d'efficience de la mise en œuvre des deux PRS s'est heurtée à un manque de données quantitatives et qualitatives.

Enjeu

Efficacité de la mise en œuvre du PRS : un dispositif de suivi constitue un instrument de pilotage permettant d'apprécier le degré de déploiement ou de réalisation des actions, de suivre les moyens consacrés, de mesurer les impacts.

Préconisations

- Constituer une « boîte à outils » socle du dispositif de suivi cohérente avec la stratégie du PRS : mise en place de tableaux de bord d'avancement par projet prioritaire / parcours ; formaliser un référentiel d'indicateurs de suivi et de résultat (nombre d'indicateurs limité, faisables et pertinents).
- Définir une / des instances régionales de suivi par projets prioritaires / parcours.
- Objectiver l'impact des actions menées en termes d'efficience sur la base d'un choix d'indicateurs restreint.

- Communiquer sur le suivi. La lisibilité des actions de l'ARS doit être renforcée auprès des acteurs de terrain, notamment au-delà du champ de la santé ou des services de l'ARS.

● **R6 : ÉVALUER DE MANIERE SYSTEMATIQUE LES EXPERIMENTATIONS MISES EN ŒUVRE**

Constats

- De nombreuses expérimentations ont été mises en œuvre, aussi bien dans le cadre de programmes / projets définis au niveau national, que dans le cadre des PRS, à différentes échelles (locale, départementale, régionale) ; et sont aujourd'hui achevées.
- Nos bilans par porte d'entrée montrent que ces expérimentations n'ont pas toujours fait l'objet d'une évaluation pour capitaliser leurs enseignements et décider de leur poursuite et de leur éventuel déploiement à une échelle plus large.
- Beaucoup de ces expérimentations sont toujours en cours et le seront encore à la date de validation du PRS2 (ex. PTC en santé mentale) : leur impact ne sera mesurable qu'en cours de PRS 2.

Enjeu

- Efficience du PRS et aide à la décision : une expérimentation vise à tirer des enseignements. Leur évaluation constitue donc une étape stratégique de leur mise en œuvre, en apportant une aide à la décision sur les suites à lui donner (déploiement / arrêt...).

Préconisations

- Capitaliser sur les enseignements des expérimentations mises en œuvre dans le cadre des PRS 2012-2016 au moment de construire le PRS2.
- Prévoir systématiquement l'évaluation de chaque expérimentation dès sa conception en intégrant la question de la pertinence / faisabilité de son déploiement.
- Prévoir des espaces et des outils d'échange et de partage sur les résultats de ces expérimentations dans une démarche de capitalisation. Y associer la CRSA.

- **R7 : VEILLER A METTRE EN ADEQUATION L'ORGANISATION DE L'ARS AVEC LA LOGIQUE DE CONSTRUCTION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PRS (ORGANISATION EN MODE PROJET)**

Constats

- Dans les deux régions, des dispositifs ont été mis en place pour coordonner l'action des ARS dans la logique du « parcours » des usagers : l'approche parcours est au cœur de la stratégie du PRS bourguignon (« parcours de soins »); des commissions spécialisées ont été mises en place en Franche-Comté (ex. commission spécialisée de la CRSA « Psychiatrie, santé mentale et handicap psychique »).
- En dépit des avancées sur certains parcours (pour certaines populations / pathologies), les interventions entre services / directions métier de l'ARS restent en partie cloisonnées ; la logique parcours a été freinée par les changements d'organisation qui ont fait prévaloir les logiques métiers.
- On notera que l'ARS BFC a déjà organisé son intervention en 13 parcours de santé articulant prévention, soins de ville, sanitaire et médico-social autour du patient. Les parcours de santé relèvent d'une gestion transversale avec l'ambition de structurer des filières complètes et un maillage territorial fin autour du premier recours. Des référents parcours ont été désignés. Neuf projets structurants ont été identifiés.

Enjeu

- Cohérence entre l'organisation de l'ARS et la logique de parcours.

Préconisations

- Mettre en place des modalités de travail internes à l'ARS assurant une plus grande transversalité des métiers dans la mise en œuvre des actions.
- S'assurer que les référents parcours et projets structurants ont une parfaite appropriation et les moyens de cette fonction transversale de conduite de projet, notamment dans leur positionnement hiérarchique.
- Donner une plus grande visibilité sur les parcours et projets structurants et leur organisation à tous les services / directions de l'ARS concernées (permettre à chaque entité de se repérer dans l'organisation et la mise en œuvre des parcours et projets structurants).
- Organiser le pilotage du PRS2 en cohérence avec les parcours / projets structurants.
- Construire des outils de suivi et des indicateurs de résultat adaptés à cette logique.

6 Annexes

6.1 Liste des interlocuteurs - Bilan

Porte d'entrée	Interlocuteur	B	FC	Fonction actuelle	Nombre d'entretiens
1	Chantal MEHAY	X		DOS - Cheffe du département Soins de proximité, pilote du projet prioritaire « Renforcement des soins de proximité »	1
1	Jérôme NARCY		X	DAT - Délégué départemental (DT25) mobilisé sur le nouveau PRS (Chef de projet objectif 3-1 Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé)	1
2	Marie-Line RICHARD	X		DOS - aujourd'hui en charge du projet « Coopérations hospitalières »	1
1	Iris TOURNIER	X		Responsable de l'Unité Régulation de l'Offre Hospitalière	1
1	Agnés JEANNOT		X	Schéma interrégional d'organisation des soins - Imagerie médicale	1
1 – 2 – 4	Dominique BOLLOTTE	X		Coordonnateur interne de l'instance régionale de Gériatrie	2
2	Marie-Jeanne CHOULOT		X	Directrice de projet Cancérologie	2
1	My-Mai CAO		X	Schéma interrégional d'organisation des soins - AVC	2
1	Sophie MILLOT		X	Directrice de la FeMaSaC (fédération des maisons de santé comtoises)	1
1	Mme VAN ANAEN	X		Coordinatrice de la Femagisb (fédération des maisons et groupements interprofessionnels de santé de Bourgogne)	1
1 - 2	Hélène DHUICQ		X	Chef de projet objectif 3-2 Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention prévention, soins, médico-social et social	2
1 - 2	Didier JAFFRE	X		Directeur de l'offre de soins	2
2	Danièle SEKRI		X	Chef du département Ressources Humaines du Système de Santé	1
3	Audrey PIERRE	X		Cheffe de projet Handicap "Une réponse accompagnée pour tous"	3
3	Marie-Thérèse BONNOTTE	X		Cheffe du département Personnes en situation de handicap	1
3	Véronique TISSERAND		X	DAT - Déléguée départementale (DT 70) – Ex-Cheffe de projet objectif 4-5 Maintien à domicile des personnes handicapées	2
3	Caroline GUILLIN		X	Cheffe du département Appui au Pilotage et à la Performance	1
3	Nadia MAINY			Adjointe à la Cheffe du département Appui au Pilotage et à la Performance	
4	Rachel BLANC	X		Directrice de projet Personnes âgées	2 entretiens conjoints
4	Adeline PATTE	X		Chef de projet PAERPA	
4	Fanny PELISSIER	X		Cheffe du Département Organisation de l'Offre Personnes Agées	2
4	Christine CASAGRANDE		X	Département Appui au Pilotage et à la Performance. Ex-cheffe de projet objectif 4-2 Développer l'aide aux aidants	2
4	Valérie DIATCHOK		X	Département Appui au Pilotage et à la Performance	1
4	Marie-Christine CHANEZ		X	Délégation départementale du Doubs (référente programme PSPA)	2

5	Véronique WALSER	X		Directrice adjointe Animation territoriale	3
5	Isabelle ANNE		X	Direction de l'animation territoriale - Cheffe du département ingénierie et pilotage	2 entretiens conjointes
5	Pierre GUICHARD		X	Directeur adjoint de la Direction de l'animation territoriale	
6	Frédéric CIRILLO		X	Direction de la stratégie, Responsable du département e-santé	1
7	Françoise JANDIN	X		co-Directrice du parcours Santé mentale	3
7	Edith PUGLIERINI	X		co-Directrice du parcours Santé mentale	2
7	My-Maï CAO		X	Chef de projet objectif2-3 Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser leur prévention	2
7	Marie-José JACOMME		X	Département promotion de la santé et prévention	
7	Jean-Marie HUTIN		X	DAT - Délégué départemental (DT 39)	

6.2 Liste des interlocuteurs - Actions réussies

Action phare	Interlocuteur	B	FC	Fonction actuelle	Nombre d'entretiens
PTC	Jean-Marie HUTIN		X	DAT - Délégué départemental (DT 39)	1
PTC	Baptiste GRENOT		X	Coordonnateur Plateforme Psychiatrie et Santé Mentale - Aire Urbaine	1
PTC	Delphine FLORES		X	Coordonnateur Plateforme de coordination psychiatrie & santé mentale - Haute-Saône	
PTC	Luc BENET		X	Directeur général de l'Association hospitalière de Bourgogne-Franche-Comté (AHFBC)	
Bilan bucco-dentaire	Marie-José JACOMME		X	Département promotion de la santé et prévention ARS	1
Bilan bucco-dentaire	Jacques TISSOT		X	Chirurgien-dentiste	1
Tab'agir	Françoise AMELOT	X		Directrice de l'association Tab'Agir	1
Tab'agir	Corinne LE DENMAT	X		Médecin Inspecteur de Santé Publique - Direction de la santé publique ARS BFC	1
Oncotel	M-Jeanne CHOULOT		X	MISP - adjointe du Directeur de l'offre de soins, chargée du parcours cancer	1
Oncotel	Pauline BERNARD		X	Administratrice de l'Institut régional fédératif du cancer de France Comté (IRFC-FC)	1
Oncotel	Gilles NALLET		X	Coordonnateur du réseau Oncologie et directeur administratif de l'IRFC-FC	1
Oncotel	Aude PUGET		X	Attachée de direction IRFC-FC	1
IME-SESSAD	Patrick REY	X		Directeur du pôle Dispositif Intégré PEP 21	1
IME-SESSAD	Bertrand LAMIREL	X		Directeur adjoint Sessad des Pays PEP 21	1
IME-SESSAD	Zora Bechairia	X		Département Organisation de l'Offre pour Personnes en situation de Handicap ARS	2
MSP Louhans	Geneviève FRIBOURG	X		ARS – DAT- Déléguée départementale Saône et Loire	1
MSP Louhans	Nathalie PLISSONNIER	X		ARS – DAT – Animatrice territoriale en santé	
MSP Louhans	Pascal PRETTO	X		Coordonnateur de la MSP de Louhans	
MSP Louhans	Patrick VARLOT	X		Président de l'association des professionnels de la MSP et président de la CME de l'hôpital de Louhans	1
MSP Louhans	Mme ROGE	X		Directrice du centre hospitalier de la Bresse louhannaise	1
MSP Louhans	Charles Henri de Finfe	X		Médecin radiologue à Montchanin	1
MSP Louhans	Josette Harstricht	X		Membre de la CRSA-Commission des usagers (et usagère de la radiologie de Louhans)	1