



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_Volume 2_Actions réussies.docx

Date : 17 janvier 2017

Sommaire

Méthodologie	3
Implantation d'un cabinet de radiologie à la MSP de Louhans	4
Le programme d'aide à l'arrêt du tabac Tab'agir	9
Plateforme téléphonique ONCOTEL	19
Dispositif intégré IME-SESSAD PEP 21	25
Bilan et dépistage bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD	34
Les plateformes territorialisées de coordination en psychiatrie et santé mentale (PTC)	43
ANNEXE : Liste des interlocuteurs actions réussies.....	52

Méthodologie

• Objet et finalité

Ce document constitue le second volume de l'évaluation conjointe des projets régionaux de santé 2012-2016 de Bourgogne et de Franche-Comté. Il intègre l'étude des 6 actions-réussies retenues dans le cadre de l'évaluation.

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 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'efficacité** et **l'efficacités** 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 étapes

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 réussies

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 probante,
- 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 réussies 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 intégré IME-SESSAD porté par l'association PEP 21** (Porte 3 - parcours de vie des personnes en situation de handicap)
- **Le bilan et dépistage bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD** (Porte 4 - Parcours de santé des personnes âgées)
- **Les Plateformes territoriales de coordination en santé mentale** (Porte 7 - Parcours en santé mentale)

Chacun des chapitres suivants est consacré à l'une de ces 6 actions. Pour chacune de ces actions, il procède à une présentation générale et à un examen de la pertinence et du potentiel de transposition de l'action.

Implantation d'un cabinet de radiologie à la MSP de Louhans

● Préambule

Ce chapitre prolonge la porte 1 en examinant un dispositif spécifique mis en place dans l'ex-région Bourgogne dans le cadre de l'accès aux soins de premier recours.

Il s'appuie sur :

- des entretiens : MSP de Louhans (coordonnateur, président de l'association des professionnels), directrice de l'hôpital de Louhans, référents ARS (Délégation départementale 71), représentant d'utilisateur, radiologue promoteur d'un cabinet de radiologie intégré dans une MSP.
- l'exploitation des éléments de bilan et de suivi disponibles
- la note d'accessibilité aux soins dans le pays de la Bresse bourguignonne, élaborée en mai 2016 par la direction de la stratégie de l'ARS
- des articles de presse

● Présentation de l'action

Genèse du projet

Louhans se situe au centre du Pays de la Bresse Bourguignonne (66 500 hab.)¹, dont il constitue le principal foyer de population, à équidistance de Chalon-sur-Saône et de Lons-le-Saunier (environ 30 km). Les principales conclusions de la note d'accessibilité aux soins dans le Pays de la Bresse bourguignonne sont les suivantes :

- L'accès aux soins de premier recours est à un niveau inférieur à la région. 40 % de la population habite des communes où la densité APL

(accessibilité potentielle localisée) est inférieure à 50 médecins pour 100 000 habitants (contre 25 % à l'échelle régionale, et 28 % à l'échelle départementale).

- Le temps d'accès moyen aux SMUR est de 30 minutes, et va de 12 à 41 minutes. 53 % de la population du pays réside à plus de 30 minutes d'un SMUR, soit 35 390 habitants.
- Les soins MCO se font principalement à Chalon-sur-Saône et Lons-le-Saunier (62 % des séjours), l'offre au sein du pays est très réduite.
- 14,7% de la population est âgée de 75 ans et plus (contre 10,5 au niveau de la nouvelle région)

Un cabinet de radiologie, implanté à Louhans dans un établissement de soins de suite privé a été fermé en 2008, suite au départ à la retraite du radiologue. Aucun repreneur ne s'étant manifesté, il n'y avait plus de radiologie sur le bassin louhannais sur un rayon d'environ 30km, correspondant à une zone d'environ 40 000 habitants, dont une forte proportion de personnes âgées avec des capacités de déplacement limitées.

La communauté médicale aussi bien à l'hôpital qu'en ville, relayée par les élus locaux, s'est mobilisée pour la réouverture d'un cabinet de radiologie dans le cadre de la Maison de santé pluri-professionnelles alors en projet.

Différents cabinets ont été contactés dans les villes à proximité (Chalon, Lons, Mâcon, Bourg-en-Bresse). Seul le cabinet de Bourg en Bresse a accepté, l'inclusion dans la MSP étant la condition de sa venue, par crainte de n'avoir pas une patientèle suffisante dans le cadre d'un cabinet isolé.

L'implication de la communauté médicale, de l'hôpital (porteur du projet de MSP), de la municipalité et des élus locaux (député, président du Conseil départemental) a été déterminante pour la réalisation de la MSP et l'intégration d'un cabinet de radiologie privé dans ses murs.

¹ Données recensement 2012

Les objectifs de l'action

Les objectifs de ce projet étaient de répondre à une attente des usagers (environ 40 000) pour un accès de proximité à un équipement de radiologie, à une attente des médecins pour assurer une réactivité des demandes en matière de diagnostic, notamment pour les soins urgents, à une attente de l'hôpital pour répondre à ses besoins d'examen pour ses lits de médecine, de soins de suite, et pour l'EHPAD.

Les objectifs consistaient donc dans : l'accès au diagnostic, la fluidité dans la prise en charge, l'accélération du dialogue entre le radiologue et le médecin.

Les modalités de mise en œuvre

La MSP a été réalisée sur un terrain mis à disposition par la municipalité. Les murs appartiennent à l'hôpital, qui les loue aux professionnels de santé et au cabinet de radiologie.

La MSP compte 4 médecins, 1 psychologue, 1 sage-femme, 2 orthoptistes, 3 infirmiers, 1 dentiste, 4 radiologues et un angiologue. Un médecin est présent de 8h à 18h.

La MSP est situé à proximité d'une maison médicale de garde (ouverte de 20h à 24h du lundi au vendredi) et de l'hôpital qui compte un service de médecine de 20 lits et 30 lits de soins de suite et de réadaptation polyvalents, ainsi qu'un EHPAD de 175 lits. Il accueille également des consultations de spécialiste.

L'équipement en radiologie se compose d'une radiographie, une échographie et une mammographie. Un radiologue vient de Bourg chaque jour par roulement.

Ainsi le site de Louhans dispose d'un « pôle de santé » assurant une offre de soins de proximité très développée :

- soins généraux, soins dentaires, obstétrique
- soins spécialisés : psychologue à la MSP, consultations de spécialistes à l'hôpital
- offre paramédicale : infirmières, orthoptiste

- soins urgents : MSP en journée, maison médicale de garde jusqu'à minuit
- hospitalisation en service de médecine
- soins post-hospitaliers : soins de suite
- diagnostic : radiologie, échographie, mammographie

Modalités de financement

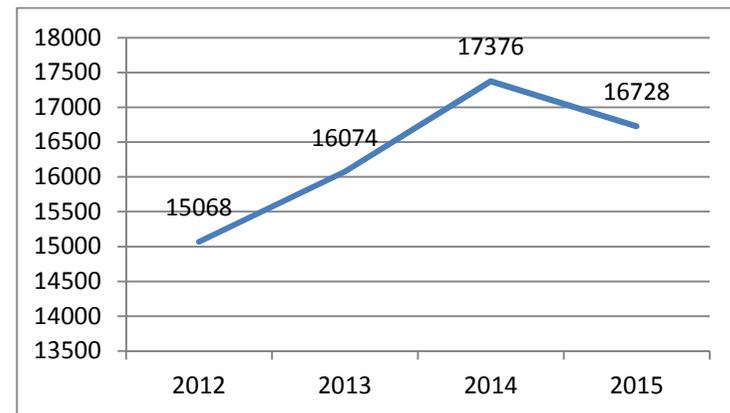
La Maison de santé pluridisciplinaire a bénéficié de fonds publics : municipalité, département, fonds européen.

Elle a bénéficié d'une subvention de l'ARS en 2014-2015 pour le financement de la coordination dans le cadre du Fonds d'intervention régional

Le cabinet de radiologie n'a pas bénéficié de fonds publics. Il est locataire des murs au même titre que les autres professionnels de santé implantés dans la MSP.

Les résultats

Activité du cabinet de radiologie en nombre de patients entre 2012 (le cabinet a ouvert le 1^{er} janvier 2012) et 2015 :



Les statistiques d'activité disponibles pour le cabinet de radiologie montrent une activité en forte progression entre 2012, et 2014 (+ 15,3%) et un léger ralentissement en 2015, peu significatif (-3,7%).

Le cabinet de radiologie fonctionne « à flux tendu ». Les délais d'attente pour la radio, hors urgence atteignent 15 jours.

L'implantation du cabinet de radiologie a permis de maintenir un taux d'APL² en radiologues libéraux dans le Pays de la BB équivalent à celui de la moyenne régionale BFC (10 pour le pays, 9,8 pour la région)

Verbatim usager : « *Dans nos petits village de Bresse, quand on se trouve dans ces campagnes où il n'y a rien, sans transport, c'était un soulagement* »

Le suivi-évaluation

Une réunion de coordination des professionnels de la MSP se tient une fois par mois. Les radiologues n'y sont pas systématiquement présents. Néanmoins les témoignages du coordonnateur et du président de l'association des professionnels convergent sur la bonne intégration du cabinet de radiologie dans la MSP et le bon niveau relationnel entre les médecins généralistes et les radiologies.

Au niveau de l'ARS, le fonctionnement global et l'activité de la MSP sont suivis dans le cadre de l'animation territoriale.

● **Pertinence et potentiel de transposition du dispositif**

Efficacité du projet

Les avantages de l'implantation d'un cabinet de radiologie dans la Maison de santé sont nombreux :

- La proximité de la radio avec les médecins généralistes permet une plus grande rapidité d'intervention, notamment dans les situations d'urgence

² Accessibilité potentielle localisée ; pour les radiologues ce taux est calculé sur un accès dans les 45 minutes pour 100 000 habitants

- Elle permet d'améliorer la fluidité du fonctionnement entre le diagnostic et le traitement, notamment grâce à la possibilité de relations directes
- Elle permet de développer la prise en charge des petites urgences et ainsi contribue à désengorger les urgences hospitalières
- Elle permet à l'hôpital de Louhans, propriétaire des murs et lié par une convention avec le cabinet, d'avoir un accès privilégié à la radiologie, ce qui a pour effet d'améliorer la qualité de prise en charge (un diagnostic plus sûr) et de prendre en charge des pathologies que l'hôpital n'aurait pas pu prendre en charge en l'absence d'un outil diagnostic proche.
- Elle permet à toute une zone de patientèle, estimée à 40 000 personnes d'accéder à la radiologie dans les 30 minutes.

Efficiences du projet

Du point de vue de l'efficacité, cette action a un effet mécanique sur les frais de transport :

- minoration des coûts de transports pour les patients qui devraient se rendre à Lons ou à Chalon
- minoration des coûts de transport sanitaires auxquels auraient recours une partie des patients qui ne sont pas en mesure de se déplacer par leurs propres moyens
- minoration du coût des transports pour l'hôpital de Louhans

Néanmoins, ces coûts évités n'ont pas à ce jour été évalués.

L'investissement de l'hôpital dans les murs de la MSP devrait être amorti en 20 ans.

L'ensemble des acteurs concernés semblent avoir été gagnants dans cette opération :

- la population générale : meilleur accès, moins de transports, qualité de l'accueil
- les patients : amélioration de la qualité des soins, prise en charge en urgence

- les médecins : fluidité du fonctionnement, confort diagnostic, relations directes avec les confrères
- l'hôpital : accès privilégié au diagnostic, minoration des coûts de transport, accueil de pathologies nouvelles en médecine
- les radiologues : rentabilité économique, relations confraternelles

Le tableau suivant reprend de manière synthétique les principaux points forts du projet :

Points forts
<ul style="list-style-type: none"> • Une action innovante portée par l'ensemble de la communauté médicale, relayée par les élus locaux et l'ARS • Un dispositif qui a contribué à améliorer l'accessibilité aux soins de proximité dans une zone fragile sur le plan de la démographie médicale • Une proximité qui favorise la relation directe entre les praticiens, et ainsi améliore et sécurise le parcours de soin • Un dispositif qui permet d'augmenter le panel de l'offre de soins dans le bassin concerné • Un coût pour la collectivité relativement maîtrisé et amortissable dans des délais raisonnables

Limites
<ul style="list-style-type: none"> • La démographie médicale : le dispositif pour fonctionner nécessite des médecins généralistes et des radiologues, deux professions qui connaissent des difficultés d'un point de vue démographique, ce qui a déjà un impact sur les délais de prise en charge des patients. Ainsi les rendez-vous pour la radiologie sont désormais à 15 jours. • Le retour sur investissement : l'investissement est estimé à minima à 300 000 € minima pour l'installation d'un cabinet de radiologie. Cet investissement doit être justifié sur le plan économique par une activité minimale.

Ressources nécessaires à prévoir

Il n'y a pas de ressource spécifique à prévoir pour ce type de projet, qui est théoriquement autofinancé par le cabinet de radiologie privé.

Les ressources à prévoir concernent la mise en place de la MSP, à savoir la mise à disposition d'un terrain, et une aide financière pour l'ingénierie et la construction des murs.

Le fonctionnement du cabinet est assuré par un roulement des radiologues assurant pour les jours d'ouverture la présence d'un radiologue et de deux manipulateurs radio.

Facteurs clés de réussite

L'expérience de la MSP de Louhans permet de souligner l'importance de certains facteurs clés dans la réussite de la mise en œuvre d'un tel projet.

Le tableau suivant recense les facteurs clés de réussite :

Facteurs clés de réussite
<ul style="list-style-type: none"> • Un modèle économique attractif appuyé sur une étude de rentabilité précise • Un consensus des professionnels de santé sur le territoire • Une impulsion médicale relayée par le politique • Un appui des autorités publiques

Ces facteurs clés se retrouvent dans un autre exemple en cours de réalisation : un projet de MSP à Montchanin (en Saône et Loire également) avec un cabinet de Radiologie, qui intègre en plus un laboratoire d'analyse médicale. Pour la radiologie, il s'agit d'un cabinet transféré de la ville voisine de Montceau-les Mines. Montchanin est situé dans l'aire urbaine Le Creusot-Montceau qui compte environ 85 000 habitants.

Potentiel de transposition au regard du contexte et du cadre réglementaire

Au dire des acteurs interrogés, rien ne s'oppose au développement de ce type de projets dans d'autres territoires, y compris en y ajoutant d'autres équipements, comme par exemple un laboratoire d'analyse médicale.

Il semble que ce type de structuration, à savoir l'intégration dans une MSP, soit adapté à des villes petites ou moyennes bénéficiant d'une aire d'attraction suffisante, avec un cabinet de radiologie déjà installé -ou l'ayant été dans un passé proche- dans la zone d'attraction.

La configuration : Maison de santé pluridisciplinaire (avec une possibilité de consultations de spécialistes + Maison médicale de garde + radiologie + laboratoire de biologie médicale est un bon compromis entre le cabinet de ville et l'hôpital, dans un contexte de démographie médicale fragile

Bilan

Pertinence d'une généralisation du dispositif	au regard de son efficacité	+++
	au regard de son efficience	+++
Potentiel de transposition	au regard du contexte	++ nécessité d'un contexte favorable (cf plus haut)
	au regard des ressources nécessaires	+++
	au regard du cadre réglementaire	+++

Principales conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none">• Un modèle économique attractif appuyé sur une étude de rentabilité précise• Un consensus des professionnels de santé sur le territoire• Une impulsion médicale relayé par le politique• Un appui des autorités publiques
------------------------------------	---

Le programme d'aide à l'arrêt du tabac Tab'agir

● Préambule

Ce chapitre prolonge le bilan de la porte d'entrée 1 « accès aux soins de premiers recours » en examinant la mise en œuvre du programme de réduction du tabagisme financé par l'ARS dans l'ex-région Bourgogne.

Il s'appuie sur :

- des éléments de cadrage bourguignons relatifs à la prévention du tabagisme (axe 3 du PSRS, SRP, SROS ambulatoire et SROS organisation des soins traitement du cancer) ;
- des programmes nationaux (objectif 10 du plan Cancer 2014-2019, programme national de réduction du tabagisme 2014-2019) ;
- des entretiens : référents ARS, directrice de la structure porteuse ;
- les documents contractuels entre l'ARS et la structure porteuse (CPOM) ;
- l'exploitation des éléments de suivi du programme : rapports annuels d'exécution de l'association Tab'Agir (2009-2015); rapport d'évaluation externe du réseau de santé Tab'Agir (2012).

● Présentation du programme

Genèse du projet

Le programme d'aide à l'arrêt du tabac Tab'agir est mis en œuvre en Bourgogne par l'association Tab'agir.

Fondée en 2003 par le docteur Serge Tchérakian, pneumologue, cette association a initié en 2004 la mise en place de son programme d'aide à l'arrêt, tout d'abord à l'échelle du département de l'Yonne. Ayant obtenu l'agrément pour la formation en 2006, elle a, l'année suivante, commencé à étendre son programme à l'ensemble du territoire régional, répondant ainsi à la demande des autorités de tarification. En 2014, l'association lance avec l'ARS une action expérimentale, complémentaire du programme,

permettant l'accès aux traitements nicotiques de substitution (TNS) gratuits pour les patients du réseau Tab'agir de la Saône-et-Loire.

Les objectifs du programme

Dans une région caractérisée par des déterminants de santé plutôt médiocres, des comportements à risque plus élevés que dans le reste de la France dans la consommation de tabac (chez les jeunes, en particulier, et les femmes enceintes), et une surmortalité importante avant 65 ans due au tabagisme par cancer et maladies cardiovasculaires, le programme d'aide à l'arrêt du tabac mis en œuvre par l'association Tab'agir s'appuie sur le développement d'un réseau de professionnels formés à la tabacologie.

Ses objectifs stratégiques, inscrits dans le CPOM 2013/2016 signé avec l'ARS le 7 août 2013, sont les suivants :

- Permettre un **accès aux consultations spécifiques d'aide à l'arrêt du tabac** pour toutes les personnes désirant arrêter de fumer sur la région Bourgogne, en tenant compte des particularités locales,
- Dispenser **des actions de sensibilisation et formations auprès des médecins généralistes et autres professionnels de santé** au conseil minimal,
- Accroître la **visibilité du réseau** sur la région,
- Développer la **prise en charge des femmes enceintes**,
- **Développer le partenariat** par territoire avec les structures hospitalières, les réseaux périnatalité, les CSAPA, les centres de santé et les MSP.

Les modalités de l'accompagnement au sevrage tabagique

La spécificité du programme Tab'agir et son originalité au niveau national est de proposer aux patients un **accompagnement pluridisciplinaire** à l'arrêt du tabac.

Les personnes désireuses d'arrêter de fumer sont invitées (par leur médecin traitant, le bouche à oreille, une affiche....) à joindre l'association Tab'agir qui réalise avec elles un premier entretien motivationnel et leur présente les modalités de prise en charge, à savoir :

Des consultations chez un médecin généraliste (MG) proche de leur domicile : 5 consultations d'aide à l'arrêt sont recommandées entre J0, J8, J30, J60, J90 ou J120 ; la première, qui est la plus longue, est prise en charge par l'ARS ;

Des consultations chez un(e) diététicien(ne) : selon les besoins estimés par le médecin, 1 à 4 consultations de diététique auprès d'un professionnel spécialisé formé sont prises en charge intégralement par l'association.

Des consultations chez un(e) psychologue formé(e) aux Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) : 1 à 4 consultations sont prises en charge par l'association.

Un coaching téléphonique est par ailleurs réalisé par l'association à ses heures d'ouverture : soutien en cas de difficulté, suivi des personnes ayant contacté l'association à 6 mois, des personnes ayant adhéré au protocole à 6 mois et à 1 an...

On notera que cet accompagnement s'appuie sur les recommandations nationales en tabacologie.

A cette prise en charge pluridisciplinaire s'ajoute depuis fin 2014, sur le territoire de la Saône-et-Loire la **prise en charge des traitements nicotiques de substitution (TNS)** sur 3 mois pour les publics suivants :

- Les femmes enceintes ou ayant l'intention de l'être,
- Les jeunes de 20 à 30 ans,
- Les personnes bénéficiant de la CMU et CMU-c,
- Les personnes atteintes de cancer ou d'une autre maladie directement liée au tabac.

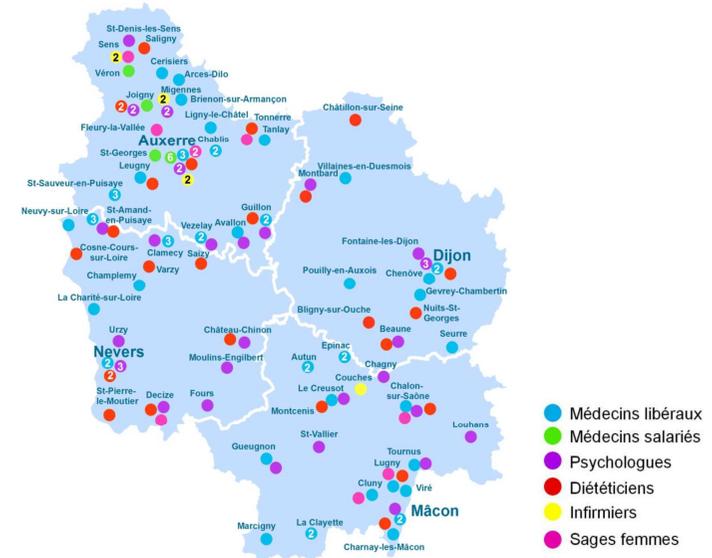
Le support du programme : le réseau régional d'aide à l'arrêt du tabac

Pour mener à bien cet accompagnement pluridisciplinaire, Tab'agir regroupe au sein d'un réseau régional des professionnels de santé acceptant de s'engager dans la démarche. Pour adhérer au réseau, ces professionnels signent une charte qui rappelle leurs engagements en termes de :

- Formation : chaque professionnel est formé au conseil minimum puis à la prise en charge des consultations d'aide à l'arrêt du tabac. Les professionnels adhérents sont ensuite invités à participer à des séminaires semestriels organisés dans chacun des départements ; ces réunions sont aussi l'occasion d'échanger sur le fonctionnement du réseau et les pratiques, et de renforcer les liens entre adhérents.
- Respect des référentiels.

Fruit de l'activité de démarchage réalisé par l'association, notamment dans les « zones blanches » du territoire régional, ce réseau est constitué fin 2015 d'une équipe pluridisciplinaire de 123 professionnels, répartis sur 137 lieux de consultation. Tous sont formés à la tabacologie.

Couverture géographique de l'offre d'aide à l'arrêt du tabac au 01.11.2015



On notera que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise, en sus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements de substituts nicotiniques, et donne ainsi accès à leurs patients au forfait d'aide au sevrage tabagique (50 € par an et par bénéficiaire, ce qui correspond à un mois de traitement). Les sages-femmes bénéficient quant à elle d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Le profil des professionnels prescripteurs du réseau Tab'agir est donc en cours de diversification.

Professionnels de santé adhérents au réseau Tab'agir

Dép.	MG	Sages-femmes	IDE	Diét.	Psy	Total	Nbre de prof. pour 10 000 hab
89 Yonne	25	5	5	6	9	53	1,5
21 Côte d'Or	7	0	0	5	5	17	1
71 Saône-et-Loire	17	3	1	4	8	33	0,6
58 Nièvre	11	1	0	3	5	20	0,3
Total	63	9	6	18	27	123	0,7

Source : Rapport d'activité 2015, Tab'agir

Cette diversification des profils a permis au réseau Tab'agir d'étoffer son réseau en dehors de son département d'origine (l'Yonne), en particulier dans la Saône-et-Loire, département siège du projet expérimental TNS.

On notera que le réseau Tab'agir est constitué de professionnels de santé soit libéraux, soit salariés (conventions signées entre l'association et les organismes employeurs partenaires : CH, réseau de santé, MSP...).

• L'organisation mise en place par la structure porteuse

Le pilotage

Pour assurer le développement du réseau et assurer son activité de « coaching » téléphonique auprès des personnes souhaitant arrêter de fumer, l'association Tab'agir dispose d'environ 2,5 ETP :

La directrice de l'association assure la coordination régionale du réseau (sa mobilisation peut être estimée à 0,8 ETP pour le réseau et à 0,2 ETP pour la prévention).

L'assistante administrative du réseau assure le coaching, le suivi des dossiers des patients Tab'agir ainsi que les dossiers administratifs pour les praticiens adhérents (1 ETP).

Le médecin coordonnateur assure le suivi des prises en charge et le conseil aux praticiens. Médecin tabacologue, il rédige les protocoles, assure la formation des adhérents et la diffusion des référentiels. Il est le référent clairement identifié des praticiens. Ce lien est maintenu et alimenté par une veille sur la prise en charge de l'aide à l'arrêt qu'il réalise chaque semaine (0,5 ETP).

Un médecin référent représente le réseau dans chacun des départements : rémunéré à la vacation, il participe à la formation semestrielle de formation continue, réalise la promotion du réseau au niveau départemental et centralise les demandes de formation des adhérents locaux.

Le suivi des activités du réseau est réalisé au niveau des différentes **instances de l'association** : comité technique, conseil d'administration, bureau, assemblée générale.

Les **séminaires semestriels** sont également l'occasion de rendre compte aux professionnels adhérents des activités de l'association. On note que leur réalisation effective fluctue d'une année sur l'autre et d'un territoire à l'autre, selon la disponibilité des professionnels du réseau (les professionnels Dijonnais notamment sont très sollicités et difficiles à mobiliser hors de Dijon), de leur dispersion géographique plus ou moins accentuée, ainsi que du turn over des médecins référents.

Nombre de séminaires semestriels réalisés et nombre de participants

Dép	2012		2013		2014		2015	
	Sém.	Part.	Sém.	Part.	Sém.	Part.	Sém.	Part.
89 Yonne	2	32	2	41	2	44	2	42
21 Côte d'Or	1	5	2	7	0	0	1	7
71 Saône-et-Loire	2	11	1	9	2	21	2	Nc
58 Nièvre	2	17	2	15	2	30	1	8

Source : Rapport d'activité 2012 à 2015, Tab'agir

Les moyens financiers de la mise en œuvre

Le financement du réseau Tab'agir est entièrement assumé par le Fond d'Intervention Régional (FIR).

Son montant s'élève à 137 376 € en 2015, auxquels s'ajoutent le financement en 2015 de l'action expérimentale TNS réalisée en Saône et Loire (80 000 €) et le financement des actions de prévention (44 000 €).

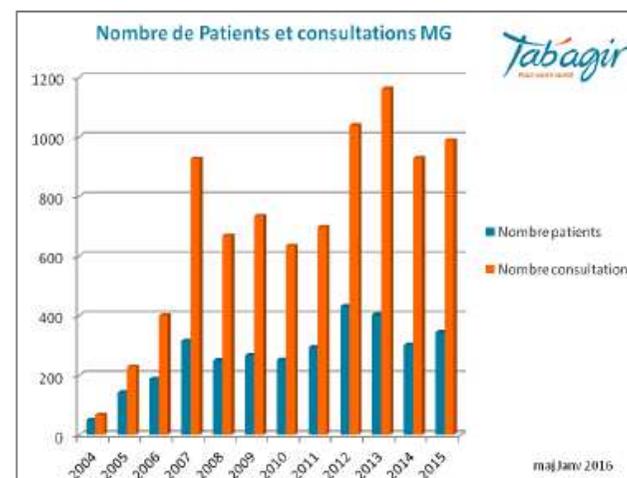
Ce financement couvre notamment les 2,5 ETP de l'association, la rémunération des professionnels de santé (vacations pour les formations, prise en charge des frais de déplacement), le loyer de la structure, et l'entretien du matériel (des testeurs de monoxyde de carbone prêtés aux professionnels).

Les campagnes de communication antitabac réalisées tous les deux ans s'ajoutent à ce budget (budget supplémentaire d'environ 10 000 euros par campagne).

• Le suivi des patients

Nombre de patients et de consultations réalisées

Le nombre de patients que suit Tab'agir a considérablement augmenté avec la régionalisation de son action (49 patients en 2004, 339 en 2015, soit une hausse du nombre de patients de près de 600% de son activité).

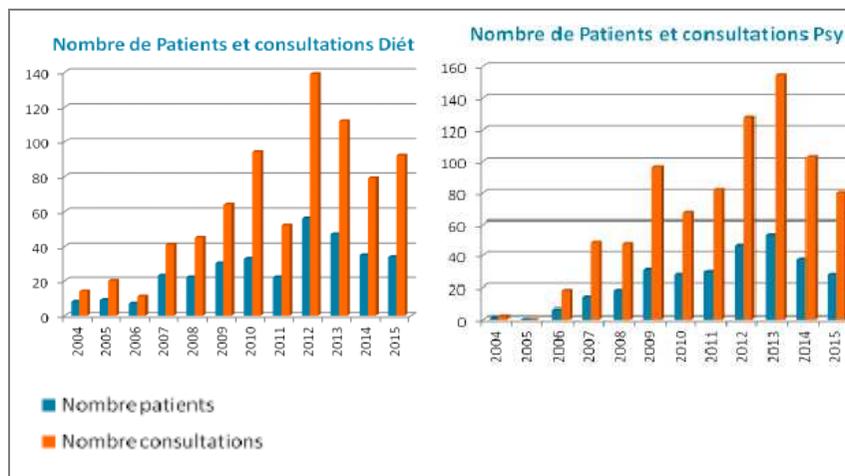


Après le pic de 2007, année de l'extension du programme au territoire régional, on constate que le rythme des adhésions fluctue d'une année sur l'autre (entre 248 patients en 2008 et 422 patients en 2012). Plusieurs facteurs expliquent cette fluctuation :

- Les mesures comme la hausse du prix du tabac, et les campagnes anti-tabac (plus ou moins « choc »...) provoquent une hausse des adhésions ;
- Au contraire, les années sans mesures prises au niveau national, ou l'arrivée de la cigarette électronique expliquent leur fléchissement.

On notera que les femmes représentent 56% des patients en 2015, et que 19% d'entre elles sont enceintes (soit une hausse de prise en charge pour cette population respectivement de 10% et de 5% entre 2014 et 2015).

Le nombre de consultations réalisées chez les diététiciens et les psychologues est lui aussi fluctuant : leur nombre varie du simple au double depuis 2008.

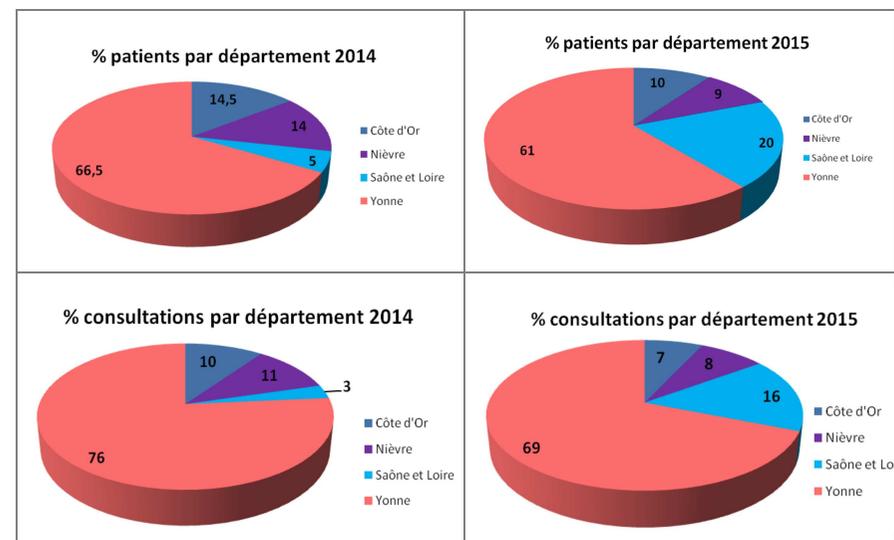


On constate toutefois une baisse marquée du nombre de ces consultations depuis 2012, en particulier pour celles des psychologues. Cette tendance s'explique notamment par :

- la baisse globale du nombre de patients pris en charge par Tab'agir,
- les réticences plus fortes des patients à aller consulter un psychologue.

Répartition géographique

La répartition géographique des patients révèle des fortes disparités d'un département à l'autre : l'Yonne concentre près des 2/3 des patients Tab'agir, et plus des 2/3 des consultations.



Cette disparité de prise en charge est liée à différents facteurs, notamment :

- La plus grande visibilité du réseau dans son département d'origine (l'Yonne), où se situe le siège social de l'association, et où elle y réalise ses activités de prévention (en milieu scolaire notamment).
- La démographie médicale plus fragile dans certains départements (Nièvre en particulier).
- L'effet dynamisant de l'expérimentation des traitements nicotiques de substitution (TNS) gratuits qui a « boosté » le nombre des adhésions patients et des consultations en Saône-et-Loire en 2015.

Impact en termes de sevrage tabagique

Mesurer l'impact d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac sur l'état de santé des populations visées est complexe tant les facteurs de succès ou d'échec sont nombreux et les prises en charge uniques.

L'enquête de suivi réalisé par Tab'agir montre toutefois les résultats suivants :

- Après un premier contact téléphonique avec la plateforme de Tab'agir, le taux d'arrêt spontané 6 mois plus tard est de plus de 11 % fin juin 2015.
- Au bout d'un an, entre 13 et 24% des patients suivis par Tab'agir n'ont pas repris le tabac, contre 3 à 6% en moyenne au niveau national (résultats 2012 et 2013³).
- Passer par un réseau d'aide donne 2,5 fois plus de chance d'y arriver plutôt que de tenter seul l'expérience.

Taux d'arrêt du tabac à 6 mois et 1 an - Rapport d'activité 2015

	2012		2013		2014		2015	
	Tab'agir (TA)	CDT ⁴ Net	TA	CDT Net	TA	CDT Net	TA	CDT Net
Nbr Patients	431	21 203	406	17 513	303	14 582	339	14 305
% d'arrêt à 6 mois	27,4	4,3	19,70	7,20	7,26	7,0	24,8	3,3
% d'arrêt à 1 an	24,4	3,2	13,05	5,90	7,92	4,50		
Nbr répondants à 6 mois	201	2 561	148	1 336	49	1 116	86	460
% d'arrêt à 6 mois	58,7	35,3	58,78	46,63	51,02	45,96	51,16	51,08
Nbr répondants à 1 an	214	2 173	107	1 131	47	810		
% d'arrêt à 1 an	49,1	31,7	55,14	46,24	42,55	40,12		

L'enquête de satisfaction réalisée en 2015 témoigne par ailleurs de la satisfaction des patients pris en charge par Tab'agir, en particulier concernant :

- L'écoute du réseau, sa disponibilité, son aspect non culpabilisant.
- La gratuité du suivi pluridisciplinaire.
- Son impact en termes de sevrage : les fumeurs ayant réussi arrêter de fumer sont deux fois plus nombreux à juger positivement l'intérêt du programme.

³ Les données 2014 ne comprennent les résultats que d'un semestre (suivi interrompu suite à un changement de personnel), ceux de 2015 n'étaient pas encore dans leur totalité disponibles.

⁴ Base nationale recensant le nombre de « consultations de dépendance tabagique ».

Zoom sur l'expérimentation des TNS gratuits en Saône-et-Loire

Cette action, qui a eu du mal à démarrer, a bien stimulé le nombre de contacts et de tentatives d'arrêt sur la Saône-et-Loire. La mise en œuvre de cette expérimentation a notamment permis :

- Un rapprochement URPS pharmaciens / ARS / Tab'agir pour mettre en place la convention de partenariat,
- L'adhésion de 58 pharmaciens partenaires actifs du réseau, très mobilisés et impliqués – « ils sont même devenus "prescripteurs" Tab'agir » (rapport d'activité 2015),
- La multiplication par deux du nombre de professionnels engagés dans le réseau Tab'agir,
- L'augmentation du nombre de tentatives d'arrêt du public visé sur le territoire (5 fois plus de patients en 8 mois d'action),
- Les consultations ont également fortement augmenté en passant de 1.87 consultations par patient en moyenne en 2014 à 2.34. Cette hausse concerne néanmoins davantage les consultations médicales et moins les consultations en diététique et en TCC.

- **Pertinence et potentiel de transposition du dispositif**

Efficacité et efficience du programme

Mesurer l'impact d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac est complexe, les facteurs de succès ou d'échec étant multiples et chaque cas de prise en charge unique.

Les données disponibles et les entretiens réalisés permettent toutefois de souligner plusieurs éléments concernant la valeur ajoutée du programme d'aide à l'arrêt du tabac proposé par Tab'agir :

- **L'accès aux consultations de sevrage tabagique a été renforcé**, notamment grâce aux médecins généralistes libéraux du réseau : les 4 départements bourguignons sont couverts par le programme ; 137 lieux de consultation sont référencés dans le réseau ; de nombreuses « zones blanches » ont été couvertes ; celles qui perdurent (Nièvre, Côte d'Or) sont pour la plupart des déserts médicaux ; on notera que L'expérimentation proposée en Saône-et-Loire sur la gratuité des TNS a permis dans ce département de doubler le nombre de professionnels inscrits dans le réseau Tab'agir.
- Le programme a permis à la région **d'accroître le nombre de professionnels de santé sensibilisés et formés** au conseil minimal (123 professionnels formés à la tabacologie par Tab'agir).
- Les statistiques de suivi des patients montrent **l'efficacité du protocole proposé par Tab'agir** (les patients suivis par Tab'agir en 2012 et 2013 ont été 4 fois plus nombreux à avoir arrêté de fumer au bout d'un an que ceux suivis dans des consultations simples d'aide au sevrage).
- Le coût du programme (137 000 euros / an environ) est jugé **peu coûteux** au regard des coûts humains, privés et publics, générés par la consommation de tabac.

Le tableau suivant reprend de manière synthétique les principaux points forts du programme proposé par Tab'agir constatés par les personnes interrogées :

Points forts

- Un maillage territorial qui couvre l'ensemble du territoire
- Une prise en charge monothématique (les autres champs de l'addictologie ne sont pas couverts par Tab'agir) et pluridisciplinaire de qualité et efficace en termes d'arrêt
- Un programme adapté au profil des « fumeurs lambda » (non toxicomanes) qui ne souhaitent pas se rendre dans des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CASPA) qui traitent de toutes conduites addictives (tabac mais aussi alcool, cannabis, produits dopants, jeu...)
- Un réseau qui « soulage » certaines structures spécialisées en addictologie confrontées à une surcharge des demandes de prise en charge
- Une équipe en totale maîtrise de la prise en charge, qui fournit expertise et conseils aux professionnels comme aux patients
- Des patients généralement satisfaits ou très satisfaits de la prise en charge, de la qualité de la permanence téléphonique, de la disponibilité et de l'écoute fournie par l'association
- Un réseau régional qui entretient la motivation des professionnels, en offrant des occasions d'échange d'expériences et de pratiques

Les rapports d'activité de l'association permettent également de souligner certaines limites auxquelles se heurte le programme.

Limites

- Le développement du réseau des professionnels est moins rapide que prévu (à l'exception de la Saône-et-Loire), de même que sa dynamique : les problèmes de démographie médicale limitent la disponibilité des professionnels, notamment pour participer aux formations continues proposées par l'association
- Le nombre de patients fumeurs suivis dans le réseau plafonne en dessous des 400 depuis plusieurs années (tendance nationale)
- Le recours aux consultations diététiques et TCC par les patients est

inférieur aux attentes de l'association

- Le nombre de professionnels formés, de patients et de consultations est toujours beaucoup plus important dans l'Yonne, siège de l'association, que dans les autres départements où Tab'agir est moins connu
- En raison de ses ressources limitées en ETP (1 ETP pour le suivi administratif du réseau notamment), l'association dispose de peu de données factuelles permettant de démontrer sa plus-value par rapport à d'autres systèmes de prise en charge, tel que le dispositif Tabac info service mis en place sur tout le territoire national⁵.
- Le traitement administratif des dossiers de prise en charge peut apparaître chronophage et décourager les adhésions au réseau

Ressources nécessaires à prévoir

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme Tab'agir en Bourgogne sont relativement limitées (cf. § l'organisation mise en place par la structure porteuse).

Au niveau humain et financier :

Les personnes interrogées s'accordent sur la nécessité de **dupliquer** ces ressources en cas de développement du programme sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté, soit :

- 2,5 ETP supplémentaires au minimum (la responsable du programme invite à augmenter de 0,5 ETP le suivi administratif)
- des médecins référents pour chacun des départements

Le budget des campagnes de communication pourrait être mutualisé.

⁵ Tabac Info Service (TIS) propose différentes solutions, dont des entretiens avec des tabacologues par téléphone via le 39 89, et un e-coaching par mail (site Internet + l'appli). Les solutions proposées par Tab'agir (coaching téléphonique, mais aussi prise en charge pluridisciplinaire et de proximité) semblent pouvoir s'inscrire en complémentarité de l'offre nationale TIS.

Au niveau technique :

L'audit réalisé sur les activités en addictologie menées ou soutenues par l'ARS souligne l'importance de la proximité pour le fonctionnement et la dynamique des réseaux. Dans cette logique, il semble nécessaire de prévoir également de dupliquer les moyens techniques utilisés par l'association pour la mise en œuvre du programme d'aide à l'arrêt (siège notamment).

Facteurs clés de réussite

L'expérience de l'association Tab'agir permet de souligner l'importance de certains facteurs clés dans la réussite de la mise en œuvre du programme d'aide à l'arrêt, qui sont autant de recommandations pour la suite.

Le tableau suivant les recense.

Facteurs clés de réussite
<p>Le temps : le développement d'un réseau de professionnels partenaires nécessite un long travail de démarchage des acteurs locaux (structures spécialisées en addictologie et professionnels de santé libéraux notamment). Ce facteur est d'autant plus important que le champ couvert par le programme est déjà investi par des structures locales (hôpitaux, CSAPA...), ou par des dispositifs nationaux (tabac info service) mieux connus. Le temps nécessaire à l'interconnaissance constitue un facteur déterminant pour permettre l'acceptation de ce réseau de professionnels libéraux, notamment par les structures spécialisée en addictologie.</p> <p>Le temps est également nécessaire pour se faire connaître du grand public.</p>
<p>La proximité : le développement d'un réseau, sa visibilité, son animation, comme la participation des professionnels aux séminaires de formation sont favorisées par la proximité géographique de la structure porteuse</p>
<p>La participation au dispositif de médecins référents bien identifiés au sein de chaque département, et reconnus par leurs pairs, facilite les adhésions et la participation au réseau</p>
<p>Des ressources humaines suffisantes au niveau de la structure porteuse, avec, pour le suivi, au moins une secrétaire à temps plein voir 1,5 ETP</p>
<p>Un suivi statistique des patients engagés dans la démarche : ce suivi permet de promouvoir la plus-value de la prise en charge Tab'agir par rapport à d'autres dispositifs (ex. Tabac info services). Il renforcerait la légitimité de la démarche, notamment auprès des acteurs susceptibles de</p>

se sentir « concurrencés » (structures spécialisées en addictologie)
Il en est de même pour les **professionnels du réseau** : la mise en œuvre d'un questionnaire de satisfaction (actuellement en cours d'élaboration) permettrait de donner une meilleure visibilité à la plus-value du réseau pour les professionnels et encourager ainsi de futures adhésions

Potentiel de transposition au regard du contexte et du cadre réglementaire

Plusieurs critères permettent de mesurer la pertinence de ce dispositif :

Les problématiques du contexte de la grande région : elles sont cohérentes avec celles qui ont présidées à la mise en place du réseau régional Tab'agir : selon les données Inserm – CépiDc (2007-2011), la Bourgogne Franche-Comté présente une mortalité dite prématurée (avant 65 ans) plus élevée pour les hommes par rapport au niveau national. Les deux principales causes de décès sont les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire. La mortalité par cancer est semblable au taux national, mais avec de fortes disparités entre les départements (taux largement supérieurs dans la Nièvre et l'Yonne).

La cohérence du programme avec les choix stratégiques de l'ARS BFC : ce programme d'accompagnement à l'arrêt du tabac s'inscrit dans le parcours addiction qui est l'un des 13 parcours de santé identifiés par l'ARS BFC, et dont le troisième volet concerne « de manière spécifique la mise en œuvre du Plan national de réduction du tabagisme ».

La cohérence du dispositif avec le tissu de prise en charge préexistant : le contexte de l'accompagnement au sevrage tabagique est concurrentiel, plusieurs types de structures franc-comtoises y contribuent (structures spécialisées en addictologie notamment). Bien que ne prenant pas en charge le même public (les fumeurs « lambda » ayant des réticences à consulter dans les CSAPA), et ne réalisant pas les mêmes missions (l'activité de formation continue réalisée par Tab'agir notamment), ces structures risquent de mal accepter l'arrivée de Tab'agir. Pour autant, le portage de ce programme par une association franc-comtoise autre que Tab'agir semble peu envisageable au regard du risque de perte de cohérence et d'expertise que cette option représente.

La cohérence du dispositif avec la stratégie nationale : le dispositif est cohérent avec le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, dont l'axe 2, « aider les fumeurs à arrêter de fumer », préconise de :

- Développer une information plus efficace en direction des fumeurs ;
- Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac ;
- Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac.

Toutefois, dans un contexte où coexistent d'autres dispositifs de prise en charge (notamment le dispositif national Tabac Info Services), l'association peut être interrogée sur la plus-value apportée par sa démarche. Ce contexte doit d'autant plus inciter l'association à communiquer, en particulier, sur :

- L'efficacité de la prise en charge pluridisciplinaire (analyse statistique des données de suivi sur les patients pris en charge)
- Son expertise en matière de formation à la tabacologie (enquête de satisfaction auprès des professionnels)
- Son expérience en matière de constitution de réseau de prescripteurs, et ce d'autant plus dans un contexte où le public des prescripteurs de produits nicotiques de substitution s'élargit⁶.

On notera en revanche que l'expérimentation développée en Saône-et-Loire (gratuité des traitements de substitution) perd aujourd'hui une partie de sa pertinence, dans la mesure où ce qu'elle propose est devenu un dispositif national : l'Assurance maladie garantit depuis le 1^{er} juillet 2015 la prise en charge de l'équivalent de trois mois de traitements par substituts nicotiques pour les mêmes publics (soit un forfait de 150 euros pour les jeunes de 25 à 30 ans, les femmes enceintes, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer). Par ailleurs la ministre Marisol Tourraine a annoncé le 11 octobre 2016 que le forfait de prise en charge de toutes les méthodes de sevrage tabagique serait porté à 150

⁶ Loi de modernisation de notre système de santé autorise, en plus des sages-femmes, les infirmiers, masseurs kiné et chirurgiens-dentistes à prescrire les traitements de substitution.

euros par an pour tout le monde dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Bilan

Pertinence d'une généralisation du dispositif	au regard de son efficacité	++
	au regard de son efficience	+++
Potentiel de transposition	au regard du contexte	Risque d'opposition forte des acteurs franc-comtois spécialisés en addictologie face au choix d'une structure bourguignonne pour le pilotage d'un tel programme sur le territoire de l'ex région Franche-Comté
	au regard des ressources nécessaires	++
	au regard du cadre réglementaire	+++

La généralisation à la grande région du dispositif d'aide à l'arrêt du tabac proposée par Tab'agir est une option pertinente au regard des enjeux de santé concernés, des résultats obtenus et du coût relativement faible que représente son financement. Elle doit toutefois prendre en compte des éléments forts de contexte (importance de la proximité pour l'animation du réseau, risque d'opposition des acteurs franc-comtois spécialisés en addictologie face au choix d'une structure bourguignonne pour le pilotage d'un tel programme sur le territoire de l'ex région Franche-Comté), qui supposent a minima de dupliquer intégralement le dispositif côté Franche Comté.

Principales conditions de réussite	<p>Développer le système de suivi de Tab'agir de manière à faciliter la légitimité de sa démarche et de son portage</p> <p>Renforcer pour cela les moyens de l'association (0,5 ETP)</p> <p>Dupliquer les ressources mobilisées par le dispositif sur le territoire franc-comtois, y compris en terme de structure (nouveau local à prévoir sur l'ancienne région Franche-Comté)</p> <p>Prévoir un temps important de « démarchage » auprès des acteurs franc-comtois</p>
------------------------------------	---

Plateforme téléphonique ONCOTEL

• Préambule

Ce chapitre prolonge le bilan de la porte d'entrée 2 « organisation territoriale du recours aux soins » en examinant un dispositif spécifique mis en place dans l'ex-région Franche Comté dans le cadre de l'organisation régionalisée des soins en cancérologie : la plateforme téléphonique Oncotel portée par l'IRFC-FC (institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté).

Il s'appuie sur

- les éléments du SROS de Franche Comté concernant la cancérologie
- des entretiens : référent ARS, attachée de direction et administrateur de l'IRFC-FC (institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté), coordonnateur du réseau Oncolie
- l'exploitation des éléments de bilan et de suivi de la plateforme Oncotel

• Présentation du dispositif

L'idée d'un numéro unique est directement issue de l'organisation de la prise en charge en cancérologie mise en place en Franche-Comté. L'objectif de cette organisation, concrétisée par la création d'un GCS (groupement de coopération sanitaire) Institut régional fédératif du cancer (IRFC-FC), est d'apporter la même expertise sur chaque site de Franche-Comté. L'organisation se caractérise notamment par le déplacement sur site des oncologues, et par le rassemblement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sur les deux sites hospitaliers principaux (CHU de Besançon et Hôpital Nord Franche Comté). La mise en place d'un numéro unique d'information à destination des professionnels et des patients s'inscrit dans cette dynamique.

Objectifs de l'action

L'action consiste dans la mise en place d'un numéro de téléphone unique «ONCOTEL » avec un service d'accueil téléphonique et de traitement des appels en provenance des patients (et proches), et des professionnels de la santé, à destination des médecins oncologues de Franche-Comté dont la localisation varie quotidiennement sur 7 sites en Franche-Comté.

Il s'agit d'optimiser la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de cancer, en développant un accès téléphonique structuré optimisant l'échange et le partage d'informations entre les établissements de soins autorisés en cancérologie et les professionnels médicaux et paramédicaux du domicile, ainsi que les patients.

La plateforme téléphonique est l'un des outils visant à faciliter le parcours du patient.

Le résultat attendu est un accès à une réponse rapide et pertinente sur l'ensemble des questions liées à la prise en charge en cancérologie sur l'ensemble du territoire de Franche-Comté.

Modalités de mise en œuvre de l'action

Cette action vise à informer les patients et les professionnels pour assurer une meilleure orientation et un meilleur suivi de la prise en charge en centralisant l'ensemble des appels, auparavant pris en charge par les secrétariats médicaux de chaque établissement, sur un numéro unique selon des procédures harmonisées.

La mise en place du dispositif a un impact sur l'organisation de chaque structure. La mise en place du dispositif a connu plusieurs étapes :

La première étape a consisté à évaluer le nombre et la nature des appels dans les secrétariats de chaque établissement. Cette étape a permis d'objectiver la problématique et notamment le fait que la durée des appels, plus que leur nombre, posait problème, et a également permis d'identifier un certain nombre de dysfonctionnements.

La deuxième étape a consisté à trouver un prestataire en matière de téléphonie, qui sache allier la capacité technique en matière de téléphonie à la nécessité de garder le lien humain indispensable pour ce travail. Ont

ainsi été éliminés les prestataires qui ne pouvaient assurer un relais de proximité.

La troisième étape, concomitante, a été de mettre en place un « arbre décisionnel » permettant de répondre à toutes les occurrences.

La quatrième étape a été de revoir les organisations médicales, notamment pour créer une astreinte médicale.

La cinquième étape a consisté à sélectionner et former les « répondants » (profil majoritaire : secrétaires médicales).

Le dispositif a été construit sur 2 ans (y compris une période de flottement dû à un différend avec le prestataire), et a ouvert en mai 2013, date à laquelle a été réalisé le basculement des appels des secrétariats des établissements sur le numéro unique.

Architecture du dispositif

Le dispositif se présente ainsi :

1 numéro unique d'appel.

1 plateforme téléphonique unique dans les locaux du prestataire (entreprise Receptel), avec 8 répondants, dont deux référents.

1 astreinte médicale (cancérologie)

80 procédures paramétrées dans un logiciel, élaborées selon la typologie de l'appelant : médecin ou patient/famille et selon la nature de l'appel : médical/administratif/médical urgent, avec un logigramme (arbre décisionnel) de réponse. Ex. de procédure : PAT10MED appel patient ou famille : communiquer un résultat biologique, MED08MED appel d'un médecin : information sur le contenu d'une ordonnance – demande d'avis médical sur la conduite à tenir...

L'outil métier élaboré par l'IRFC est une application informatisée utilisable via le web, intégrant :

– Un modèle décisionnel en fonction des variables suivantes : typologie d'appel, problématique d'appel, localisation du médecin demandé, lieu de prise en charge du patient concerné.

– Un annuaire permettant d'avoir les contacts ressources vers qui orienter l'appelant : secrétaires, IDE, Médecin référent, Médecin d'astreinte pour urgence médicale.

Modalités de financement de l'action

Le GCS IRFC est financé principalement par une cotisation des établissements membres (public et privé) et une subvention de l'ARS. Le projet ONCOTEL lui-même a été mis en place et développé uniquement sur les fonds propres de l'IRFC.

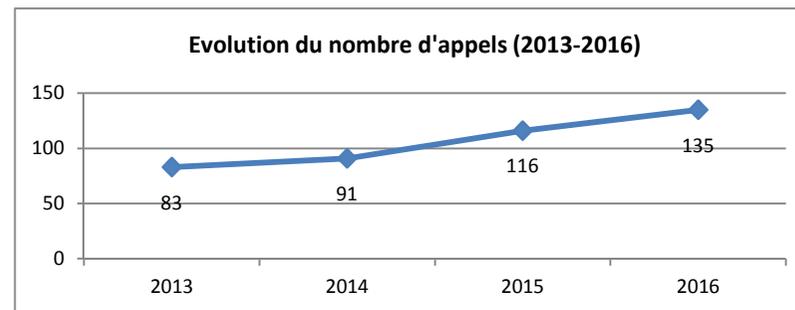
Le budget actuel du projet, correspondant au contrat avec l'entreprise Receptel, est de 80 K€/an. Ce coût ne prend pas en compte la comptabilité analytique globale du projet (temps consacré par l'équipe de l'IRFC pour encadrer le dispositif).

Depuis 2015, l'ARS a modifié les financements de l'IRFC. Le poste d'administrateur du GCS anciennement financé à raison d'un temps plein par l'ARS, est désormais entièrement assumé par le CHRU de Besançon. L'administratrice exerce par ailleurs d'autres fonctions au sein de l'équipe de direction de cet établissement (directrice coopérations, communication, secrétariat général). La subvention de l'ARS (130 K€) a été réorientée sur les projets du GCS, contribuant ainsi à couvrir le coût du projet Oncotel.

Résultats

En nombre d'appels

Les statistiques montrent une **évolution positive du nombre d'appels** sur le numéro unique :

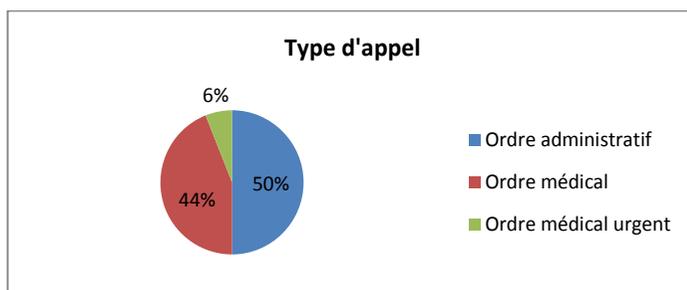
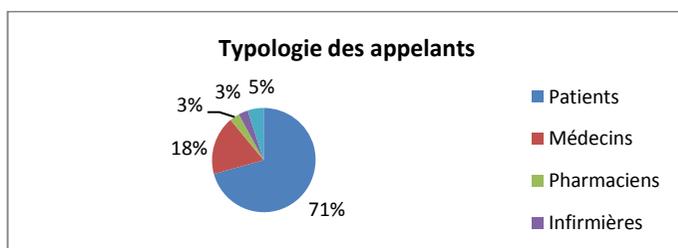


Le taux d'accroissement du nombre d'appels est de + 16% de 2015 à 2016 et de + 63 % de 2013 à 2016.

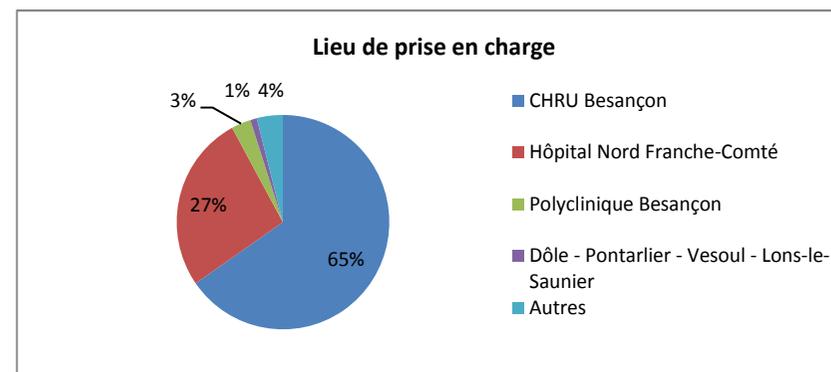
La **durée moyenne de l'appel** est de 4 minutes, correspondant à 1 minute d'écoute et 3 minutes de traitement.

Les nuits et les week-ends les appels sont transférés vers une astreinte : 15 appels par week-end – 4 par nuits en semaine.

La typologie des appelants et des appels :

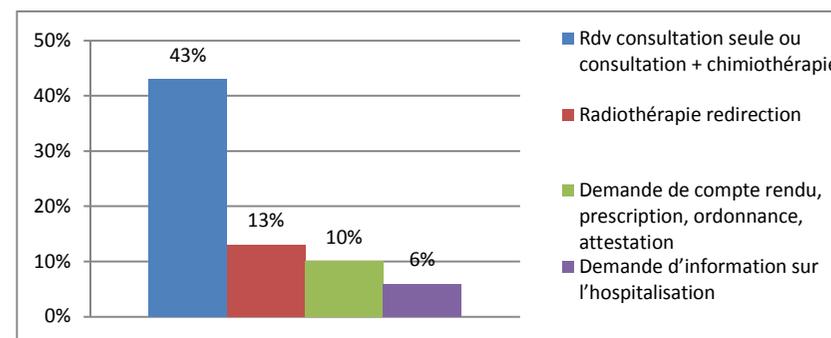


Répartition des appels en fonction du lieu de prise en charge des appelants :

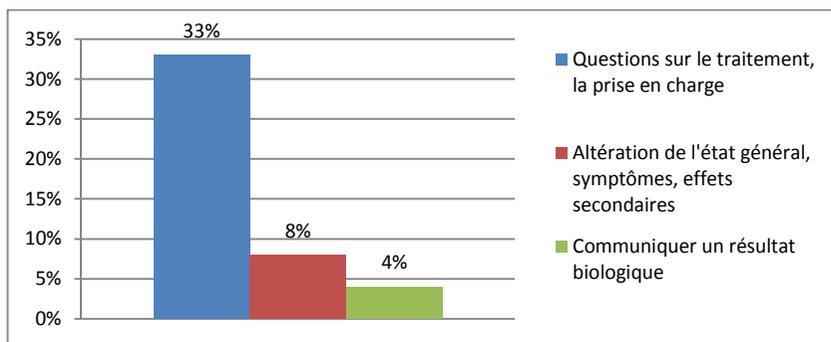


Typologie des demandes :

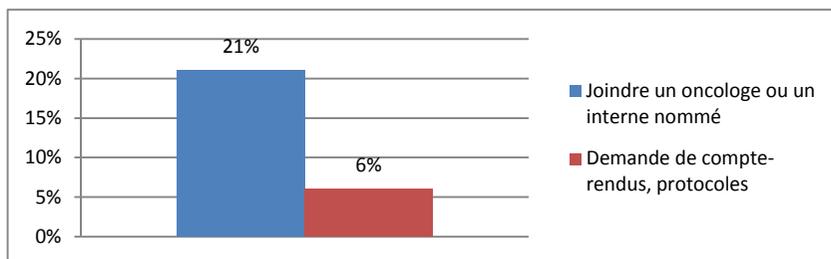
Patients / Demandes de type administratif :



Patients / Demandes de type médical :



Médecins :



Sollicitations de l'astreinte de jour

Moyenne d'appels par jour : 12 en 2015, 14 en 2016

Une tendance à la baisse du recours à l'astreinte a été constatée entre 2013 et 2014. Explications fournies :

- Affinage des procédures
- Meilleures expertise des opératrices : les appels sont mieux orientés
- Travail de l'IDE post-care⁷

⁷ IDE Post Care = dispositif mis en place pour assurer un suivi téléphonique personnalisé post traitement immédiat sur prescription des Oncologues

- Travail avec l'équipe médicale

Le suivi-évaluation

Tous les appels sont enregistrés. Toutes les données d'activité sont disponibles.

Le coordonnateur a un contact hebdomadaire avec le prestataire.

Des débriefings sont organisés plusieurs fois par an.

Une évaluation qualitative auprès des patients et des professionnels est prévue pour début d'année 2017 (en attente de l'autorisation de la CNIL).

Les questionnaires de cette évaluation qualitative ont été testés sur un échantillon de personnes hospitalisées (environ 30/40 personnes). Les résultats de cette pré-enquête montrent que les patients se sentent plus en sécurité.

● **Pertinence et potentiel de transposition du dispositif**

Efficacité et efficience de l'action

Le dispositif a démontré son efficacité sur le plan quantitatif (cf. statistiques) et sur le plan qualitatif. La satisfaction des professionnels a été constatée à travers les rencontres avec les URPS de Franche-Comté et celle des patients peut être estimée à partir de la pré-enquête citée ci-dessus. L'enquête qualitative prévue en 2017 donnera des éléments précis sur le degré de satisfaction des publics concernés.

La plus-value - Pour les appelants

- Décroché rapide et prise en compte immédiate des demandes des appelants

- Garantie de ne plus passer par de multiples interlocuteurs et orientation ciblée sur le bon interlocuteur (grâce aux procédures mises en place)
- Sécurisation et traçabilité à chaque étape de la demande

La plus-value - Pour les professionnels

- Ne sont plus dérangés par des appels qui ne les concernent pas
- Les postes accueils consultations peuvent mieux s'organiser - 50% des demandes qui concernent ces postes sont adressée par mail

Sur le plan de la qualité de soins :

-Le dispositif Oncotel assure une prise en charge sécurisée des problématiques liées aux traitements médicaux et ses conséquences.

-Oncotel filtre les appels potentiellement urgents et les met en relation directe avec l'Astreinte d'oncologie médicale positionnée pour le dispositif. (Anticipation des problématiques pouvant entraîner une hospitalisation).

Ceci est un axe fort du **lien ville-hôpital** dans un contexte médical particulier :

-évolution exponentielle des nouvelles molécules, traitements per os, prise en charge ambulatoires courtes.

-le patient n'est que de passage à l'hôpital, les problématiques surviennent au domicile

Il est donc particulièrement nécessaire d'avoir un lien sécurisé ville-hôpital, et le dispositif Oncotel est un élément essentiel de ce lien.

En matière d'efficience, le coût du contrat avec le prestataire (80 K€) représente environ deux postes de secrétaire charges comprises. Il doit être mis en rapport avec le coût des quotités de secrétariat qui étaient mobilisées sur la cancérologie dans chaque établissement partenaire.

Une meilleure orientation des patients a également pour effet induit **d'éviter des transports et des hospitalisations** en urgence. Une évaluation des coûts évités reste à faire.

Le dispositif apparaît peu couteux en rapport des avantages qu'il apporte en matière de qualité et de sécurité des soins et probablement en matière de coûts évités.

Le tableau suivant reprend de manière synthétique les principaux points forts du dispositif :

Points forts
<ul style="list-style-type: none"> • L'intégration du dispositif dans une organisation globale de la prise en charge des patients en cancérologie • Un dispositif qui : <ul style="list-style-type: none"> ✓ facilite la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des patients ✓ permet un accès rapide à une information pertinente, nécessaire dans le parcours de soin des patients en cancérologie ✓ contribue à réajuster et harmoniser les pratiques des professionnels en cancérologie ✓ assure la transparence (traçabilité) des parcours des patients et améliore le sentiment de sécurité ✓ permet d'anticiper les problématiques pouvant entraîner une hospitalisation • Un dispositif <ul style="list-style-type: none"> ✓ techniquement au point, avec des procédures régulièrement réajustées ✓ qui connaît une montée en charge satisfaisante (cf données d'activité) ✓ qui bénéficie d'un suivi et d'une bonne capacité de réactivité ✓ relativement peu coûteux

Le dispositif se heurte toutefois à certaines limites.

Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • La plateforme téléphonique est un outil et non une fin. Il est nécessaire au préalable de réfléchir sur une organisation coordonnée de la prise en charge • La plateforme téléphonique est plus adaptée aux spécificités des maladies chroniques qu'à d'autres pathologies.

Ressources nécessaires

Les ressources nécessaires correspondent au contrat avec l'entreprise prestataire (80 K€) et au temps consacré par l'équipe de l'IRFC pour l'encadrement du dispositif (médecin référent, coordonnateur, assistante).

Facteurs clés de réussite

Facteurs clés de réussite
<ul style="list-style-type: none"> • Le préalable d'une réflexion globale sur l'organisation de la prise en charge des patients • Un engagement des professionnels de santé concerné • Un soutien fort des autorités sanitaires pour légitimer le projet • Un leader médical fort et incontesté • Des objectifs clairs et transparents • Des échanges en confiance entre les établissements

Potentiel de transposition au regard du contexte

Le potentiel de transposition peut être approché à travers deux dimensions : celle du territoire et celle de la pathologie.

Concernant la pathologie, ce type d'outil est particulièrement adapté aux maladies chroniques. Une transposition pourrait être envisagée par exemple dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique, voire du

diabète, sous réserve de l'existence d'une organisation médicale structurée autour d'un établissement porteur.

Concernant le territoire, il apparaît qu'une transposition à l'identique dans l'ex-région de Bourgogne ne paraît pas réaliste, compte tenu de la différence marquée entre les deux ex-régions dans l'organisation de la prise en charge en cancérologie : une organisation régionale intégrée en Franche-Comté avec un GCS regroupant l'ensemble des établissements sous le pilotage du CHRU versus une organisation éclatée en Bourgogne, avec un leadership partagé entre le CHU et le CLCC.

Dans ce contexte, la seule transposition qui semble pouvoir être envisagée en Bourgogne pourrait être la création d'une plateforme téléphonique intégrée dans le cadre plus large d'une plateforme territoriale d'appui en cancérologie.

Bilan

Pertinence d'une généralisation du dispositif	au regard de son efficacité	+++
	au regard de son efficience	+++
Potentiel de transposition	au regard du contexte	+ Nécessité au préalable de faire un travail de fond en matière d'organisation de la prise en charge
	au regard des ressources nécessaires	+++ Dispositif peu coûteux
	au regard du cadre réglementaire	++ La plateforme est régionale (ex France-Comté) alors que le contexte réglementaire est plutôt engagé dans une organisation territorialisée

Dispositif intégré IME-SESSAD PEP 21

● Préambule

Ce chapitre prolonge le bilan de la porte d'entrée 3 « parcours de vie des personnes en situation de handicap » et offre un éclairage spécifique sur le dispositif « Déficience intellectuelle IME – SESSAD » porté par l'association PEP 21 (Pupilles de l'enseignement public) sur le département de la Côte d'Or.

Il s'appuie sur :

- Les documents de présentation et de bilan du dispositif (projet de dispositif 2016-2020 ; synthèse d'activité 2015).
- Des entretiens d'approfondissement réalisés par téléphone auprès des responsables du dispositif et du référent ARS.

● Présentation du dispositif

Le dispositif IME - SESSAD rassemble aujourd'hui l'institut médico-éducatif (IME PEP21) et les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (« SESSAD des pays »).

Les instituts médico-éducatifs (IME) sont des établissements d'accueil qui accueillent les enfants et adolescents atteints de handicap mental présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles neuropsychiatriques : troubles de la personnalité, moteurs et sensoriels, de la communication. Les SESSAD dispensent un accompagnement sur les lieux de vie. L'accueil en IME ou en SESSAD est déterminé par une orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) suite à une évaluation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les décisions d'orientation sont prises en direction d'une catégorie précise d'établissement ou de service : orientation en IME, orientation en SESSAD.

L'architecture du dispositif

Initiée en 2008, l'organisation du dispositif repose sur 2 structures pivots :

- L'IME PEP 21 (206 places) qui accompagne des enfants et des jeunes âgés de 6 à 20 ans. 3 pôles composent les services d'accompagnement et d'accueil propres à l'IME : Pôle Enfance ; Pôle Adolescence ; Pôle Jeunes Adultes.
- Les SESSAD des Pays (226 places) qui accompagnent des enfants et des jeunes âgés de 3 à 20 ans, structurés en 4 unités : enfance, adolescence, une unité territorialisée Val de Saône enfance-adolescence et une unité préprofessionnelle.

Soit un total de 432 places sur le dispositif⁸. La file active des usagers accompagnés à l'année se monte à 500 jeunes. Le plateau technique du dispositif se compose à ce jour de 280 professionnels.

Le second socle du dispositif repose sur le soutien de services d'accompagnements éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques mutualisés :

- Formation professionnelle adaptée (FPA). Objectif : permettre aux jeunes de repérer ses centres d'intérêt sur le champ professionnel, d'acquérir les apprentissages fondamentaux, les niveaux de compétences et les attitudes socioprofessionnelles.
- Service d'accueil externalisé en Appartements (SAEA). Objectif : Permettre à des jeunes adultes d'expérimenter la vie quotidienne dans un appartement, d'évaluer leur degré d'autonomie, de déterminer les axes de travail pour parfaire les apprentissages et les aides à prévoir en terme de compensation.
- Service d'appui au CFA (SACFA). Objectif : Accompagner spécifiquement les jeunes handicapés apprentis ou futurs apprentis en CFA, déterminer les besoins et les priorités dans une individualisation du soutien.

⁸ Les agréments sont d'après l'arrêté du 12 août 2013

- Pôle d'insertion (PI). Objectifs : proposer des solutions d'insertion en milieu ordinaire ou protégé, travailler sur l'employabilité des jeunes déficients intellectuels en lien avec les entreprises locales et les partenaires institutionnels, assurer une médiation auprès des entreprises accueillant des apprentis.
- Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS). Objectif : soulager l'enfant et sa famille des pressions liées à la situation de crise.
- En 2015, le dispositif s'est renforcé avec la création d'une unité thérapeutique d'accueil temporaire (UTAT).

Le dispositif se singularise ainsi par un renforcement du premier socle IME / SESSAD par des services d'accompagnement spécialisés, qui permettent d'optimiser les deux services via un renforcement de prestations spécifiques au service des usagers.

Le dispositif s'appuie également sur des fonctions supports mutualisées, rassemblées sous un seul pilotage. La mutualisation des fonctions supports regroupe : les ressources humaines, la comptabilité et les finances, le patrimoine, la sécurité, la communication, le pilotage qualité, la logistique, l'entretien / la maintenance.



Cette organisation a dans un premier temps permis d'unifier les projets des différentes unités autour d'une même vision prospective, à savoir la perspective d'insertion du jeune à long terme. Elle a également permis de fluidifier la gestion des parcours entre les différents services à partir d'un effet « fil rouge », qui s'est manifesté par une meilleure connaissance des prérequis pour un passage d'une unité à l'autre.

A l'origine : une réponse au regard du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale

Le pôle IME-SESSAD est issu historiquement de plusieurs établissements accueillant des enfants et des jeunes porteurs de handicaps légers et moyens.

En 2008, le constat fait par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales note une difficulté majeure pour intégrer les jeunes des IME et surtout pour les insérer dans le milieu ordinaire. En 2009, le schéma départemental décide une refonte des établissements et services du département en insistant sur la baisse des effectifs en IME au profit des

services à domicile de type SESSAD. Il enjoint de trouver une solution pour développer l'insertion en milieu ordinaire.

En 2008-2009, le travail sur l'organisation du dispositif est mené dans un premier temps autour d'une redéfinition des projets d'établissement de l'IME et du SESSAD, tous deux gérés par l'association PEP 21.

Les premières précisions du cadre méthodologique sont apparues en réponse à cette commande départementale, qui a ainsi servi d'opportunité afin de restructurer l'ensemble des établissements et services accueillant des jeunes porteurs de déficience intellectuelle légère et moyenne.

Un changement de paradigme

Le projet du dispositif se réfère à une citation du psychosociologue Jean-René Loubat afin d'illustrer le mouvement de désinstitutionalisation à l'œuvre sur le champ médico-social :

« L'action médico-sociale évolue nécessairement vers une nouvelle variété d'entreprise de services, beaucoup plus souples, plastiques, adaptatives et réactives qui ne sont plus des ensembles d'établissements lieu d'internement ou de prise en charge, mais des dispositifs que nous qualifions de satellitaire parce qu'ils n'obéissent plus à une logique pyramidale mais à un paradigme circulaire. Ce dernier privilégie la transversalité aux seules relations verticales et se manifeste par un siège technique et de multiples pools de compétences intervenant auprès du bénéficiaire et de son environnement de façon personnalisée et contractuelle. »

Les préconisations du rapport « Zéro sans solution » réalisé par Denis Piveteau s'inscrivent dans le cadre de cette évolution. Il s'agit de proposer une réponse individualisée à chaque personne pour lui permettre de s'inscrire ainsi dans un parcours de santé conforme à son projet de vie.

La réforme de la tarification vers une notion de prestations initiée en janvier 2015 par la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion poursuit ce même mouvement. Le projet SERAFIN-PH (Services et Etablissements: Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées) vise à mettre en

place une tarification des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap, selon des modalités renouvelées. Cette démarche doit mener à la construction d'un référentiel tarifaire d'ici trois ans, qui sera utilisé lors de l'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux concernés. Retenue en tant que structure pilote au projet SERAFIN-PH, les PEP 21 participent à la construction de ce nouveau référentiel tarifaire qui nécessite en premier lieu :

- La mise en place de deux nomenclatures (outil de description partagée) : une pour les besoins, l'autre pour les prestations, qui permettront à tous d'utiliser un langage commun ;
- la définition des informations pertinentes (données, agrégats de données, indicateurs...) afin d'objectiver l'allocation de ressources quelles que soient les modalités de tarification retenues. Ces données devront permettre de classer de manière homogène l'activité réalisée dans les ESMS (volet prestations) en fonction des besoins identifiés (volet « besoins »).

La construction d'un parcours individualisé et renforcé à partir de services spécialisés mutualisés

Le dispositif Déficience Intellectuelle accueille, sur proposition de la CDAPH, des jeunes de 3 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne qui influe sur leurs capacités d'apprentissage scolaires et d'adaptation sociale.

L'IME et le SESSAD PEP21 proposent **un parcours individualisé s'appuyant sur plusieurs types d'accompagnement** : pédagogique, médical, de formation professionnelle et préprofessionnelle, éducatif et social, élaboré avec le jeune et sa famille, en établissement ou à domicile. L'accompagnement proposé vise à faciliter l'insertion sociale et professionnelle des jeunes déficients.

Le projet individualisé d'accompagnement (PIA) détermine l'intervention des services mutualisés. Les enjeux collectifs sont tracés collectivement à partir d'un repérage en équipe ; puis déclinés par spécialité : chacun des services mutualisés développe des outils spécifiques au service des

prestations développées. Ces 6 services interviennent au sein des parcours de chaque usager, dans le cadre d'une spécificité ou d'une étape dans le projet personnalisé. Le recours à ces services mutualisés selon les besoins du jeunes vient renforcer l'accompagnement proposé (spécialisation / professionnalisation des intervenants). Il ne s'agit pas d'une offre intégrale proposée aux familles. Les PEP travaillent sur un projet individualisé avec chaque enfant, chaque famille.

Une régulation ordonnée en interne

La cohérence des actions des différents services et établissements s'organise à partir d'un pilotage et d'une régulation ordonnée en interne. Le dispositif organise la transversalité et l'interdisciplinarité entre les différentes professions qui interviennent dans les différents services (les usagers ont affaire à des acteurs et des services différents au long de leur parcours ; dans une même journée).

Le projet du dispositif distingue 3 types de régulation :

- Une régulation technique sur des niveaux administratifs, financiers, patrimoniaux
- Une régulation générale des outils d'accompagnement des usagers dans le dispositif
- Une régulation médicale et clinique afin de dégager les outils de connaissance, de coordonner les actions des soignants et d'inventer des axes prévention.

Ces temps de régulation et de pilotage ont pour objectif d'offrir aux équipes de direction IME et SESSAD des outils permettant d'optimiser les parcours des usagers, en positionnant principalement l'action de l'établissement sur l'utilisateur et son parcours.

D'une orientation en établissement ou service vers une orientation en dispositif

Concernant le dispositif IME-SESSAD des PEP 21, les orientations prononcées par la MDPH ne sont pas adressées au dispositif ; elles demeurent adossées aux structures IME ou SESSAD. L'orientation vers les structures permet aux MDPH d'assurer un suivi systématique des dossiers

pour chaque passage d'une structure à l'autre. La révision systématique des orientations par la MDPH est de nature à rassurer les associations des usagers.

L'objectif de repenser le dispositif d'orientation des enfants handicapés pour basculer d'une organisation de la prise en charge par structure vers un fonctionnement en dispositif d'accompagnement fait partie des mesures phares annoncées par le Gouvernement au cours de la deuxième conférence nationale du handicap qui s'est tenue le 8 juin 2011 à Paris.

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 (PAG). Ce nouveau dispositif d'orientation, appelé **dispositif d'orientation permanent**, sera déployé progressivement dans les départements. Dans un premier temps, 23 territoires pionniers⁹ qui se sont portés volontaires en 2015 vont bénéficier de l'appui méthodologique de la CNSA et de consultants pour définir de nouvelles modalités de travail au sein des équipes des MDPH et avec leurs partenaires.

Les modes d'intervention des établissements et services étant appelés à être de plus en plus modulés, le décloisonnement des orientations vers un dispositif organisé pour un type de déficience (trouble du comportement, autisme notamment) sans précision de la catégorie de la structure (IME, ITEP , SESSAD...) **vise à assurer une meilleure fluidité du parcours d'accompagnement, tenant compte de l'évolutivité des besoins du jeune** (accompagnement par un SESSAD avec des périodes de répit en internat ; réactivité dans la réponse dans certaines situations de crise...) **sans attendre une réorientation de la CDAPH qui peut demander un certain délai.**

⁹ Dont 4 départements de la région Bourgogne Franche-Comté : Côte d'or, Saône et Loire, Yonne et Doubs.

La mise en œuvre d'une expérimentation vers un dispositif organisé constituait l'un des objectifs spécifiques du SROMS Bourgogne :

- Objectif général 4 : Faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap.
- Objectif spécifique 4.3 : Promouvoir la souplesse et l'adaptabilité de la prise en charge : orientations des CDAPH vers des « dispositifs » plutôt que des établissements et services ciblés.
- Le SROMS prévoyait comme levier d'action « l'élaboration d'un cahier des charges pour lancer un appel à candidature en vue d'organiser une expérimentation avec une/des MDPH et des ESMS disposant d'un panel de réponses (internat, semi-internat, SESSAD...) ».

En accord avec la MDPH et les organismes gestionnaires du département (dont l'association PEP 21), l'expérimentation d'une orientation des MDPH vers un dispositif intégré (et non plus vers les structures) a été initiée à partir de 2014 auprès de 50 jeunes en Côte d'Or.

Cette expérimentation vise à :

- Lever les inquiétudes des MDPH autour de ces orientations. Si l'utilité du dispositif fait globalement consensus, il prédomine cependant une méfiance vis-à-vis des gestionnaires des structures quant à la construction d'une réponse personnalisée insuffisamment structurée (le mot « bricolage » est fréquemment utilisé) ;
- Dégorger le nombre de dossiers des MDPH, trop souvent débordées, afin qu'elles puissent se concentrer sur les cas les plus complexes. L'orientation vers un dispositif permet de revisiter le projet selon l'évolution de l'enfant, sans pour autant repasser systématiquement par les CDAPH.

Les PEP 21 ont par ailleurs initié une seconde expérimentation dans le cadre du dispositif visant à quantifier au réel la consommation des différentes prestations :

- 20 jeunes accueillis dans le cadre du dispositif (10 en IME ; 10 en SESSAD) font l'objet d'un suivi détaillé au ¼ de journée près par des coordonnateurs de parcours.
- Cette estimation du coût réel à partir de l'ensemble des prestations délivrées aux jeunes (soins, scolarité, hébergement, formation professionnelle, insertion, etc.) s'inscrit dans le travail entrepris dans le cadre du projet SERAFIN PH, visant à mettre en place une tarification des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap.
- La mise en place des coordonnateurs des parcours et des outils techniques de quantification vise à mettre en œuvre une ingénierie permettant une vision claire des prestations délivrées par individu, de leur volume. Ce travail vise notamment à mesurer l'impact de ces prestations sur le parcours des usagers et à identifier les ressources susceptibles de correspondre à une typologie des besoins.

● Pertinence et potentiel de transposition du dispositif

Efficacité et efficience de l'action

Mesurer l'impact du dispositif se révèle complexe et pour cause : il n'existe pas de système de suivi exogène permettant à ce stade de mesurer les effets de cette organisation spécifique sur le parcours des jeunes. Les données disponibles et les entretiens réalisés permettent de souligner plusieurs éléments concernant la valeur ajoutée du programme :

- **L'installation d'une vision prospective partagée entre l'ensemble des services sur une ambition d'insertion à long terme.** Le travail de rapprochement entre les unités IME et SESSAD a permis de construire une approche complémentaire décloisonnée entre l'ensemble des services médicosociaux mobilisés autour du jeune. La rédaction des projets d'unité autour du même objectif d'insertion professionnelle a permis d'asseoir un « effet fil rouge » entre les différentes unités qui se traduit par une meilleure connaissance mutuelle, l'installation

d'une culture de travail commune et une optimisation des passages des jeunes d'une unité à l'autre (fluidification des parcours).

- **La mise en œuvre d'une réelle pluridisciplinarité entre les intervenants.** L'organisation du dispositif en un premier socle pivot (IME et SESSAD) et un second socle de services mutualisés ultra spécialisés permet de proposer un accompagnement renforcé auprès des jeunes accueillis.
- **Une souplesse dans la construction du parcours.** La diversité des prestations proposées dans le cadre du dispositif permet de faciliter le recours aux expérimentations dans le parcours du jeune selon l'évolution de ses besoins et de ses choix de vie. La diversification des prestations et la pluralité des intervenants contrebalancent des orientations « exclusives » en établissement ou en service. L'organisation en dispositif propose une adaptabilité en matière d'accompagnement (« curseur qui se déplace »). Cette adaptabilité permet de prendre en compte toutes les composantes indissociables du parcours de vie des jeunes (santé, vie sociale, scolarité) : la prise en charge du jeune évolue vers une plus grande agilité selon l'évolution de ses besoins. Cette souplesse permet d'éviter des changements trop profonds en termes de méthode et de moyens, qui constituent des facteurs de déstabilisation pour l'utilisateur et sa famille.
- **Une meilleure relation à l'utilisateur et aux familles.** Les services proposés aux usagers et aux familles dans le cadre du dispositif sont exposés au sein d'un projet individualisé d'accompagnement négocié avec les familles.
- **Une meilleure insertion en milieu ordinaire.** Nous ne disposons pas de données quantitatives quant à l'insertion des jeunes suivis dans le cadre du dispositif. Les personnes interrogées évoquent d'importants progrès repérés en matière d'insertion, aussi bien en emploi que dans la vie sociale (accès au logement facilité). Le dispositif, de par sa gamme de services et permet aux jeunes de tester les enjeux et l'employabilité des métiers. Le renfort des services spécialisés auprès du jeune permet d'élargir le réseau du dispositif et les opportunités d'insertion à la sortie du dispositif.

- **Une déconstruction des représentations associées à l'approche binaire « établissement » / « service ».** Le dispositif permet des passages entre les différents pôles en interne à la fois entre les différentes unités IME et les différentes unités SESSAD, ainsi qu'une complémentarité entre l'offre d'établissement IME et l'offre SESSAD. La déclinaison au quotidien d'une offre de prestations « à la carte » introduit une certaine perméabilité dans l'approche « établissement » et l'approche « service » ; approches trop souvent enfermées dans des représentations qui freinent la mobilisation de certaines familles, notamment vis-à-vis des IME où le sentiment d'un « retour en arrière » prédomine après un passage en SESSAD. La déconstruction de cette approche binaire facilite la mobilité des parcours et d'adaptation de la réponse à l'évolution des besoins du jeune.

Concernant l'expérimentation menée d'une orientation directe en dispositif, on constate que celle-ci permet une plus grande spontanéité dans les orientations et participe à une meilleure fluidité dans la construction des parcours.

- Ces premières orientations (50 jeunes à l'échelle de la Côte d'or) répondaient à une volonté exprimée de longue date par les responsables du dispositif, confrontés aux délais pour chaque demande de révision de situation auprès de la CDAPH.
- Ce principe de double-orientation est adapté à l'accompagnement des publics déficients intellectuels, dont l'évolutivité requiert une réelle spontanéité dans certaines situations de crise (pour mettre en œuvre des périodes de répit en internat par exemple).
- L'expérience du dispositif renforcé PEP 21 dans la construction d'une réponse adaptée des parcours et son travail exploratoire quant à la complémentarité de l'offre IME – SESSAD lui ont permis d'initier avec réactivité et des passages systématiques IME – SESSAD / SESSAD – IME.
- Cette expérimentation a précédé les orientations du rapport Piveteau, amenées à se développer en Côte d'or dans les prochains mois (le département fait partie des 23 territoires pionniers).

- Une première capitalisation sur cette expérimentation est attendue dans le cadre de la mise en œuvre des orientations Piveteau ; notamment afin que ces orientations ne viennent à contre-courant d'une dynamique d'ores et déjà engagée par les acteurs.

Le tableau suivant reprend de manière synthétique les principaux points forts du dispositif IME-SESSAD constatés par les personnes interrogées :

Points forts
<ul style="list-style-type: none"> • L'antériorité du dispositif (initié en 2008) : les méthodes de travail sont à ce stade solidement installées ce qui permet au dispositif d'entrer dans une phase d'enrichissement. La mise en place d'une expérimentation spécifique autour des orientations MDPH vers le dispositif et non plus vers une structure spécifique procède à cette dynamique d'enracinement progressif du dispositif dans le paysage médico-social. Le travail de quantification des prestations et la participation des PEP 21 en tant que pilote au projet SERAFIN PH conduit à une meilleure lisibilité du dispositif. • Un redéploiement à coûts constants • Une construction en réponse à un enjeu de politique publique clairement exprimé (cf. schéma départemental d'organisation sociale et médico-social) et circonscrit (cf. enquête CREAL 2008) • Un fonctionnement en dotation globale garanti par un seul et unique CPOM auprès du gestionnaire qui a conforté la démarche de construction et d'expérimentation. • Une forte légitimité du dispositif qui correspond à l'évolution et à la mutation des enjeux du secteur médico-social et qui accompagne les adaptations réglementaires nationales (orientations Piveteau, projet SERAFIN PH)

<ul style="list-style-type: none"> • Une organisation fondée sur la mutualisation, la prédominance du projet individuel et la coordination. Le cœur de métier, l'accompagnement ou le soin deviennent prédominants.
--

Le dispositif se heurte toutefois à certaines limites.

Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • L'inquiétude des MDPH, des professionnels et des familles. Le dispositif s'inscrit dans une révolution copernicienne en matière d'accompagnement médico-social sur le champ du handicap. La mise en œuvre de cette organisation entraîne une certaine forme de déstabilisation aussi bien auprès des MDPH (qui ont longtemps privilégié des orientations adossées à des structures) ; des professionnels (changement significatif de la pratique professionnelle notamment quant à la posture vis-à-vis des publics) ; des familles. • Les réorientations internes viennent court-circuiter les listes d'attente courantes. Si les réorientations « spontanées » pratiquées dans le cadre du dispositif offrent de la souplesse afin d'adapter la réponse à l'évolution des besoins, elles se font au détriment des nouvelles entrées sur les structures et court-circuitent les listes d'attente. La gestion des parcours au sein du dispositif repose ainsi sur un équilibre complexe entre les passages systématiques en interne et les nouvelles entrées. • Le suivi des parcours repose sur un travail important de régulation. • La mise en œuvre de la démarche Piveteau sur le département de la Côte d'Or risque de se télescoper voire de se substituer avec l'organisation existante. • Le dispositif engendre un important turn-over (beaucoup d'entrées et de sorties).

Ressources nécessaires

Les moyens nécessaires à la mise en œuvre du dispositif reposent sur :

- **Un portage et un pilotage déterminé de la part de l'organisme gestionnaire.** L'organisation du dispositif a été menée dans un premier temps à partir d'une refonte des projets des différentes unités. Le portage politique de cette réorganisation par la direction des PEP 21 a été décisif. Le travail méthodologique d'accompagnement développé par le directeur du dispositif a permis de fédérer l'ensemble des professionnels autour d'un même projet collectif.
- **Une organisation entre des établissements et structures gérées par un seul et même gestionnaire sous CPOM dans le cadre d'un fonctionnement en dotation globale.** L'instrument CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) a servi d'outil d'ajustement auprès des gestionnaires afin de reconnaître, autoriser et faciliter le fonctionnement en dispositif. Le CPOM assure au dispositif un fonctionnement sur une dotation globale : la dotation soins n'est pas modulaire et reste la même quelles que soient les prestations proposées aux usagers dans le cadre du dispositif. Ce fonctionnement en dotation globale permet une réelle souplesse dans le parcours sans conséquence pour le gestionnaire sur son organisation et son fonctionnement. La dotation globale CPOM a conforté l'investissement du gestionnaire dans cette démarche. Le CPOM a permis à l'ARS de réviser l'offre et de redéployer une centaine de places d'établissements en service (conformément à l'objectif 4.1 du SROMS visant à développer le nombre de places de SESSAD, prioritairement par transformation de places d'établissements).
- **Une disposition géographique adaptée entre les différents établissements et services mobilisés.** Le rapprochement géographique entre les différentes structures est facilitateur afin d'engager une dynamique de mutualisation et de coordination.

Facteurs clés de réussite

L'expérience du dispositif permet de souligner l'importance de certains facteurs clés dans la réussite de la mise en œuvre, qui sont autant de recommandations pour la suite.

Le tableau suivant les recense.

Facteurs clés de réussite
<p>Une appropriation des enjeux progressivement construite auprès des professionnels autour d'un processus organisationnel et managérial ordonné et d'un pilotage volontariste au sein de la structure</p> <p>La valeur ajoutée du dispositif repose en grande partie sur sa taille (7 unités d'accompagnement, 6 services spécialisés mutualisés, 34 prestations différentes, près de 280 professionnels mobilisés). Ce dimensionnement s'appuie sur un pilotage interne ordonné et échelonné. Le dispositif porté par les PEP 21 apparaît en ces termes comme une « Rolls Royce » en matière d'accompagnement médico-social.</p> <p>La création de services d'accompagnements spécialisés dans des spécialités ou des prestations techniques permet d'offrir une qualité de réponses et de prestations.</p> <p>La mise en œuvre de services mutualisés telle que déployée dans le cadre du dispositif PEP 21 ne peut être dupliquée à ce stade qu'à partir :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'une organisation géographique adaptée entre établissements et services susceptible de faciliter les rapprochements et mutualisations (quel est le degré d'éloignement admissible entre deux structures pour les professionnels et les familles ?)- d'une organisation autour d'un seul et unique gestionnaire sous CPOM pour garantir un fonctionnement en dotation globale (quelle est la nature des opérateurs sur chacun des départements ? comment encourager le rapprochement entre établissements et services gérés par deux institutions différenciées ?)- d'une réflexion quant à l'utilité d'un tel dispositif selon le type de handicap (s'il apparaît répondre aux enjeux en matière de déficience intellectuelle, constitue-t-il néanmoins un référentiel duplicable à d'autres handicaps ?)

Potentiel de transposition au regard du contexte et de l'offre existante en Bourgogne

Plusieurs critères permettent de mesurer la pertinence de ce dispositif.

La cohérence du dispositif avec la mutation de l'offre médico-sociale sur le champ du handicap, axée autour d'une individualisation des réponses et d'une mobilisation de « prestations » adaptées aux besoins spécifiques des usagers.

La cohérence du dispositif avec la mise en œuvre des orientations Piveteau ; visant à mettre en place des conditions assurant une réponse adaptée pour tous et un parcours de vie sans rupture des personnes en situation de handicap. L'expérimentation initiée sur les orientations en dispositif des MDPH précède l'Axe 1 du rapport Piveteau préconisant la mise en place du dispositif d'orientation permanent (logique de double orientation).

Les problématiques du contexte dans la grande région : elles sont cohérentes avec celles qui ont présidées à la mise en place du dispositif. Plusieurs expérimentations similaires ont été initiées 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 : expérimentation ITEP-SESSAD

par le gestionnaire ALEFPA en Haute-Saône, travail d'évaluation au long cours expérimenté par l'institut d'éducation motrice de Belfort.

Bilan

Pertinence d'une généralisation du dispositif	au regard de son efficacité	++
	au regard de son efficience	+++
Potentiel de transposition	au regard du contexte	Travail à mener autour des différents gestionnaires afin d'encourager le rapprochement et les mutualisations.
	au regard des ressources nécessaires	++
	au regard du cadre réglementaire	+++

Bilan et dépistage bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD

● Préambule

Ce chapitre prolonge le bilan de la porte d'entrée 4 « parcours de santé des personnes âgées » et offre un éclairage spécifique sur la mise œuvre de bilans bucco-dentaires auprès des résidents à leur entrée en Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) initiée à partir de janvier 2013 dans l'ex-région Franche-Comté.

Il s'appuie sur :

- Les documents de bilan et d'évaluation de l'expérimentation produits par le RFCLIN (réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales et pour le bon usage des antibiotiques)¹⁰ ainsi que par la Mutualité Française Franche-Comté.
- Les comptes-rendus des réunions de suivi de l'expérimentation transmis par le référent ARS
- Un entretien d'approfondissement réalisé par téléphone avec le référent ARS. Nous avons également sollicité deux partenaires de l'expérimentation (un directeur d'EHPAD ainsi qu'un chirurgien-dentiste); mais nous ne sommes pas parvenus à ce jour à un entretien (pas de réponse malgré deux relances).

● Présentation du dispositif

Genèse du projet

Le recours aux soins dentaires pour les PA en établissements constitue l'un des objectifs spécifiques du PRS FC, inscrit dans la fiche SRP

¹⁰ La convention d'expérimentation confie l'évaluation de l'action au RFCLIN, qui restitue les données chaque semestre avec le compte rendu type anonymisé complété par chaque chirurgien-dentiste lors du bilan. Un document de bilan est restitué au bout des deux ans d'expérimentation.

Nutrition (objectif 3.2.4 : Mettre en place un bilan bucco-dentaire pour les personnes âgées vivant dans les EHPAD).

Ce levier d'action spécifique s'inscrit dans une volonté de prévenir la dénutrition chez la personne âgée en tenant en compte à la fois de son état physique et psychique. La bouche est au cœur de la nutrition : ses fonctions sensorielles et mécaniques déterminent la qualité de la nutrition, de sa fonction digestive et du plaisir alimentaire. L'altération de l'état bucco-dentaire de la personne âgée peut entraîner d'importantes perturbations somatiques, psychologiques et relationnelles. Le chirurgien-dentiste est partie prenante dans le maintien et la prévention de l'équilibre nutritionnel des seniors.

Le diagnostic régional présenté dans le cadre de la fiche SRP Nutrition fait le constat :

- d'une dénutrition supérieure dans la population française âgée¹¹
- d'une prévalence élevée de patients dénutris dans les établissements de santé

En 2012, la Mutualité Française Franche-Comté présente à l'ARS un projet d'expérimentation d'un bilan bucco-dentaire d'entrée en EHPAD pour ses établissements. L'ARS adhère au projet, qui répond directement à l'objectif 3-2 fixé dans le cadre du SRP Nutrition ainsi qu'à l'objectif 3-2 fixé dans le cadre du SRP Personnes Agées : « 3.2. : Proposer des actions de prévention sur les lieux de vie de ces populations (éducation à la santé) ».

Un projet global est présenté en décembre 2012 pour une expérimentation de janvier 2013 à décembre 2014¹².

Le rôle déterminant de la Mutualité Française dans la mise au point de l'expérimentation

¹¹ Notons que ce constat, bien qu'inscrit dans le paragraphe « diagnostic régional » est formulé autour d'une tendance observée nationalement.

¹² Le dispositif sera généralisé à l'ensemble des établissements fin 2014.

Depuis 2006, la Mutualité Française développe en région Bourgogne le module de prévention « La vie à pleines dents, longtemps » au sein des EHPAD mutualistes. Né d'une expérimentation menée en Bourgogne entre 2006 et 2009, ce programme de formation-action a été créé par des professionnels de santé du médico-social et de la prévention, sous l'impulsion de la Mutualité Française Bourgogne. L'objectif de ce programme est d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement en instaurant un protocole de toilette de la bouche et des appareillages deux fois par jour.

S'il ne propose pas de bilan à l'entrée des résidents en EHPAD, ce module propose une formation à l'ensemble des professionnels des établissements : pendant deux jours, sous une approche santé globale, les équipes soignantes bénéficient de l'intervention d'un gériatre et d'un chirurgien-dentiste. La formation n'est pas seulement réservée aux équipes soignantes puisque les chefs cuisiniers peuvent également y assister (approche nutrition dans sa globalité)

En 2010, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Bourgogne a fait ressortir une évaluation positive de cette expérience. Ces éléments positifs ont conduit le réseau Générations Mutualistes à inscrire le programme « La vie à pleines dents, longtemps » dans ses priorités d'action et à le déployer à grande échelle au sein des établissements mutualistes.

La Mutualité Française Franche-Comté, de par son expérience en matière de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et de par son initiative dès 2012 (proposition d'un projet à l'ARS), a joué un rôle déterminant pour la concrétisation et la mise en œuvre de l'action.

Éléments de contexte et de justification de l'action

Une préoccupation nationale

- **La loi de santé publique du 09 août 2004 désigne la santé bucco-dentaire des personnes âgées comme une préoccupation nationale.** Pour préserver le meilleur état de santé possible avec l'avancée en âge et lutter contre les facteurs de perte d'autonomie, la stratégie nationale de santé repose sur trois priorités spécifiques en matière de prévention à l'attention des personnes âgées : santé visuelle, santé auditive, santé nutritionnelle et bucco-dentaire.

Une préoccupation régionale :

- En 2007, l'URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie) réalise une étude « La santé bucco-dentaire des personnes hébergées en EHPAD en Franche-Comté » et formule 7 recommandations dont 2 essentielles : Réaliser un bilan bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD des résidents ; Créer une fiche individuelle de suivi de l'hygiène bucco-dentaire.

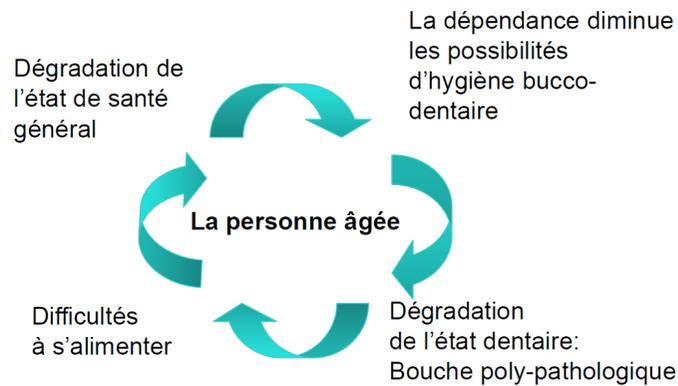
Le bilan de l'action réalisé par le RFCLIN précise comme éléments de contexte et de justification de l'action :

- **La vulnérabilité bucco-dentaire de la personne âgée, accentuée par de multiples déterminants** : perte d'autonomie rendant difficile l'hygiène bucco-dentaire, la prise de traitements susceptibles d'aggraver l'état bucco-dentaire, diminution de l'immunité du corps avec l'âge, l'absence de chirurgien-dentiste traitant.
- La prévalence élevée des pathologies bucco-dentaires chez les patients âgés
- Le rôle de l'hygiène bucco-dento-prothétique afin de préserver un état nutritionnel satisfaisant et de renforcer la santé globale du patient.

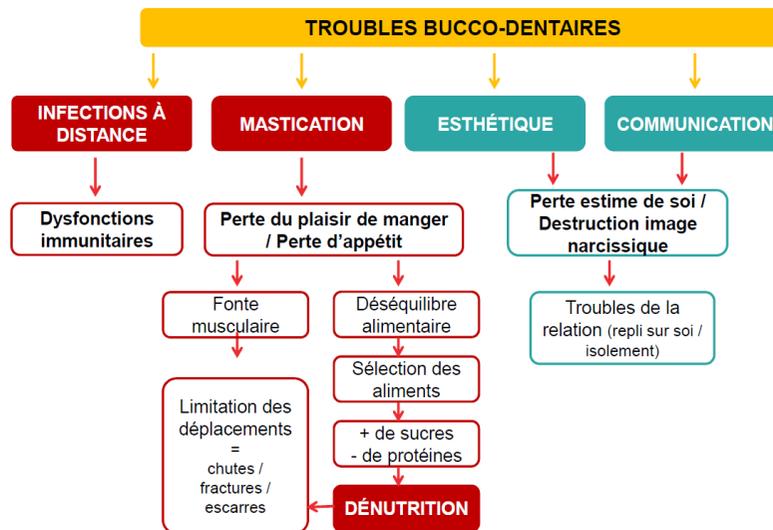
Nous re prenons ici deux schémas réalisés par la Mutualité Française¹³ présentant :

1 / les risques d'un cercle vicieux dans la dégradation de l'état de santé général et de l'état dentaire des personnes âgées :

¹³ Source : « Formation des professionnels de santé aux soins d'hygiène bucco-dentaire : retour d'expérience » - Journée régionale Chalon sur Saône – 15 septembre 2015



2 / les pluri-conséquences physiques et psychiques des troubles buccodentaires sur l'état de santé de la personne âgée :



Objectifs de l'action

Le RFCLIN décompose les objectifs de l'expérimentation entre :

- **1 objectif général** : Évaluer l'hygiène et l'état bucco-dento-prothétique des résidents à leur entrée en EHPAD
- **2 objectifs secondaires** : Proposer un protocole d'hygiène bucco-dentaire adapté ; Détecter les pathologies bucco-dentaires chez les nouveaux résidents.
- **1 finalité** : Mettre en place une stratégie de prévention des pathologies bucco-dento-prothétiques pour les résidents à leur entrée en EHPAD

Mise en œuvre de l'expérimentation

Un groupe projet piloté conjointement par l'ARS et la Mutualité réunit :

- les 4 ordres départementaux et son niveau régional, l'URPSCD (Union Régionale des professionnels de santé Chirurgiens-Dentistes),
- la MSA,
- le RFCLIN,
- l'Assurance Maladie représenté par la CPAM du Jura,
- la Direction Régionale du Service Médical (DRSM).
- les Conseils Départementaux invités (seul le CD du Jura a répondu).

Le projet associe 5 établissements mutualistes + 2 autres établissements expérimentateurs géographiquement dispersés et de nature juridique différente :

- Résidence la Retraite à Besançon
- Le Havre des Jonchets à Grand-Charmont
- Le Jardin de Séquanie à Tavaux
- La Résidence du Lac à Clairvaux les Lacs
- La Résidence de la Miotte à Belfort
- L'EHPAD du Larmont à Pontarlier
- La Maison du Combattant à Vesoul

Les directeurs d'EHPAD et les médecins coordonnateurs ont été associés aux réunions de suivi de l'expérimentation. La participation des médecins coordonnateurs est essentielle afin de :

- Encourager l'acceptation par le personnel soignant de cette charge supplémentaire dans le cadre des toilettes ;

- Solliciter l'accord de participation au bilan de la part des familles ou des résidents.

Un appel à candidature a été lancé par les 4 ordres départementaux des chirurgiens – dentistes pour recruter des chirurgiens-dentistes volontaires. Ces appels à candidatures ont permis de mobiliser rapidement des professionnels volontaires. Plusieurs facteurs d'explication :

- Le rôle moteur du Conseil de l'ordre dans la présentation du projet aux professionnels. Des réunions d'information et de préparation ont été réalisées dans chaque département afin de lancer l'expérimentation.
- L'expérience des chirurgiens-dentistes auprès d'une clientèle âgée. Les professionnels partagent le constat d'un décrochage pour ces publics en matière d'hygiène bucco-dentaire et de l'importance d'une intervention en amont afin de prévenir les dégradations

Une réunion de bilan est tenue chaque semestre afin de faire le point avec tous les établissements et les chirurgiens volontaires.

Le dispositif s'adresse aux résidents volontaires parmi les résidents admis dans les EHPAD au cours de la période d'expérimentation. Le consentement du résident (ou de son tuteur) est requis. Le chirurgien-dentiste intervient en EHPAD à partir de 5 à 6 nouvelles entrées sur sollicitation du directeur d'établissement. Le praticien propose une journée de vacation.

Les bilans sont réalisés au chevet du résident.

En parallèle, **une formation à l'hygiène bucco-dentaire des personnels en poste dans ces établissements est organisée.**

- Le programme délivré par la Mutualité Française Bourgogne dans le cadre du programme OMEGAH « La vie à pleines dents, longtemps » a été utilisé pour former les personnels des 5 établissements mutualistes retenus dans le cadre de l'expérimentation.
- Un médecin de la MSA a assuré un module similaire pour les 2 autres établissements.

Modalités financières de l'expérimentation

Une convention d'expérimentation définit les modalités financières de l'expérimentation et d'évaluation :

- Le bilan est fixé à 40 euros (il comprend les frais de déplacement, le temps de transmission avec les équipes ainsi que le remplissage des documents de bilan).
- La Mutualité Française prend en charge l'intégralité de la dépense pour les 5 établissements mutualistes.
- L'ARS finance 35 euros pour les 2 autres établissements (public et privé).
- L'URPS complète à hauteur de 5 euros.
- Une dotation de 1 000 euros est attribuée par l'ARS pour chacun des 7 établissements pour l'achat du « Kit matériel ».
- L'évaluation est confiée au RFCLIN ; qui restitue les données chaque semestre avec le compte rendu type anonymisé complété par chaque chirurgien-dentiste lors du bilan.

Synthèse des réalisations dans le cadre de l'expérimentation

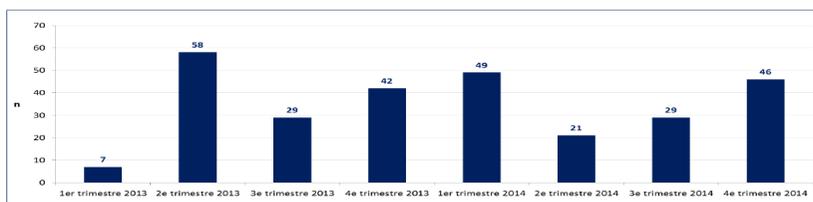
Les données suivantes sont issues de l'évaluation réalisée par le RFCLIN tout au long de l'expérimentation.

- 317 Bilans réalisés sur les 7 établissements ayant participé à l'expérimentation entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2014.
- Nous n'avons pas relevé au sein des différents documents de capitalisation le nombre de chirurgiens-dentistes volontaires.
- Un nombre de bilans variable selon les établissements :

	Nb de bilans	%age
Résidence la Retraite à Besançon	56	17,7%
Le Havre des Jonchets à Grand-Charmont	36	36%
Le Jardin de Séquanie à Tavaux	18	5,7%
La Résidence du Lac à Clairvaux les Lacs	25	7,9%

La Résidence de la Miotte à Belfort	25	7,9%
EHPAD du Larmont à Pontarlier	124	39,1%
Maison du Combattant à Vesoul	33	10,4%
TOTAL	317	100%

- Un recrutement régulier et dynamique sans effet « d'épuisement ».
Distribution trimestrielle des bilans au cours de l'expérimentation :



Généralisation du dispositif

L'ARS a validé (fin 2014) la généralisation du dispositif aux 131 EHPAD de la région (sur la base du volontariat). Un courrier a été adressé aux 131 EHPAD de la région pour les informer de la généralisation du dispositif et pour connaître leur souhait d'en bénéficier. Suite à cette enquête, 51 établissements se sont portés volontaires en 2015 ; 39 établissements en 2016. De nouveaux appels à candidatures ont été mis en place sur les 4 départements afin de solliciter de nouveau les chirurgiens-dentistes pour intervenir en EHPAD.

Certains établissements avaient préalablement construit des partenariats avec les dentistes. D'autres, bien que non concernés au départ, ont finalement rejoint l'action dans un second temps. Ainsi à ce stade il est difficile d'affirmer avec certitude combien d'EHPAD ont réellement rejoint le dispositif.

Le financement de la généralisation est effectué sur la base de crédits non-reconductibles. Tous les établissements sont dotés d'un kit de 1 000 euros pour l'achat du matériel nécessaire au bilan. Une enveloppe spécifique leur est également attribuée pour la rémunération des bilans sur la base d'une estimation correspondant à 20 % du nombre de lits installés. Un ajustement budgétaire est réalisé si nécessaire en fonction du nombre

de bilans réellement réalisés. La rémunération du bilan est toujours fixée à 40 €, comprenant la réalisation du bilan ainsi que les frais de déplacement du dentiste. L'ARS prend l'intégralité de la dépense à sa charge (pour tous les EHPAD). Une interrogation : la mise en œuvre du module de formation au sein de chaque EHPAD s'est-elle systématisée ?

● **Pertinence et potentiel de transposition du dispositif**

Efficacité et efficacité de l'action

D'un point de vue quantitatif, les acteurs se félicitent du nombre de bilans effectués. Le groupe pilote s'était fixé l'objectif moyen de 30 bilans par an et par EHPAD. Les résultats observés se situent en deçà des prévisions. Ils constituent néanmoins un bon retour pour une expérimentation. Le recrutement variable selon les établissements peut s'expliquer par :

- la différence de taille entre les établissements,
- le turnover différencié des résidents,
- le pourcentage de refus des résidents à participer à cette expérimentation,
- l'implantation de l'EMS permettant l'accessibilité à un cabinet de chirurgie dentaire.

D'un point de vue qualitatif, le bilan est positif pour les EHPAD :

- Les EHPAD insistent sur l'importance de la formation des personnels en parallèle de la réalisation du bilan. L'expérience de la Mutualité Française sur ce type de formation aura constitué un atout majeur.
- L'intervention des dentistes a permis de débloquent des situations de simple gêne chez les résidents
- Les EHPAD ont bénéficié de l'apport d'expérience, de la bonne motivation des chirurgiens-dentistes et de conseils judicieux auprès des équipes médicales et paramédicales. Cette collaboration met en confiance les résidents et permet un bilan bucco-dentaire effectué dans de bonnes conditions.

Les chirurgiens-dentistes pointent le très bon accueil réservé par les équipes soignantes au sein des établissements (équipes en demande d'informations). Le bilan témoigne de réels besoins enregistrés par les praticiens dans la mise en œuvre de l'action :

- Des soins bucco-dentaires se sont révélés nécessaires pour 53,8 % des résidents dépistés.
- Seul 8% d'entre eux ont eu une consultation dans l'année précédant leur admission en EHPAD.
- Si 68,5 % ont les aptitudes physiques pour réaliser leur hygiène bucco-dentaire, seuls 54,0 % ont les capacités cognitives pour la réaliser. **Le soutien par les professionnels pour accompagner les résidents non autonomes est donc indispensable (enjeu de sensibilisation et de formation).**

L'évaluation de l'expérimentation aura dégagé plusieurs constats dans l'état bucco-dentaire des résidents :

- Etat buccal jugé globalement satisfaisant (état des lèvres, muqueuses, langue)
- Hygiène bucco-dentaire jugée mauvaise pour 31,8% des résidents
- Exposition : 75% des résidents ont une prothèse amovible
- Plus d'1 résident sur 2 (53%) nécessitait des soins bucco-dento-prothétiques

Les résultats issus de cette expérimentation confirment la réalité d'une hygiène bucco-dento-prothétique perfectible pour les résidents accueillis en EHPAD et objectivent l'intérêt d'une évaluation bucco-dentaire à l'admission en EHPAD.

Si les bilans ne s'adressent qu'aux nouveaux résidents, l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire est observée pour l'ensemble des résidents et ce grâce à la formation des personnels faite dans le cadre de l'expérimentation.

Le bilan est positif en matière de mobilisation des acteurs :

- La participation des chirurgiens-dentistes a été à la hauteur des attentes. Le dynamisme des représentants du conseil de l'ordre a été extrêmement facilitateur (rouage essentiel), notamment dans la préparation en amont et dans l'information délivrée sur chaque département pour lancer l'expérimentation.
- La participation des directeurs et médecins-coordonnateurs d'EHPAD a permis d'optimiser la collaboration entre les praticiens et les personnels soignants.
- L'intérêt manifesté par les équipes soignantes des établissements en matière d'hygiène bucco-dentaire témoigne d'une réelle demande des professionnels (sensibilisation et formation). L'intervention répétée d'un chirurgien-dentiste au sein d'un même établissement à quelques semaines d'intervalle incite les professionnels à s'approprier les recommandations élémentaires en matière d'hygiène bucco-dentaire des patients (les personnels sont très investis dans le contrôle régulier d'autant qu'ils savent que le dentiste va revenir).
- Le déploiement progressif et concerté de l'expérimentation sur l'ensemble du territoire a été acté et encouragé par l'ARS. Le financement retenu dans le cadre cette expérimentation a permis une participation élargie aussi bien des établissements que des praticiens.

La réalisation des bilans bucco-dentaires au chevet des personnes âgées dans leur lieu de vie est déterminante. Les patients ne sont pas déplacés.

Trois effets :

- **gain de temps pour les équipes** (l'accompagnement des PA jusqu'aux cabinets dentaires est chronophage pour les professionnels et/ou leur famille) ;
- **pas de frais de transport à engager.** Le dentiste intervient directement au sein de l'établissement. Le dispositif se caractérise par une optimisation des déplacements du praticien. Celui-ci intervient sur sollicitation du directeur d'établissement le plus souvent pour une vacation d'une demi-journée pour des réalisations simultanées autour des nouvelles entrées (5 à 6 bilans)
- **pas de traumatisme pour les personnes âgées.** Le déplacement des personnes âgées jusqu'aux cabinets dentaires est vécu très difficilement par les patients.

D'autres pistes sont envisagées afin d'accroître l'efficacité du dispositif :

- Des infirmières formatrices en hygiène interviennent sur le territoire franc-comtois auprès des établissements. La formation approfondie de ces infirmières au soin buccodentaire pourrait constituer une stratégie adaptée pour la sensibilisation et la formation des soignants.
- Une utilisation des cabinets dentaires Handident pour déployer certains soins dentaires auprès des personnes âgées. Des similarités dans le traitement bucco-dentaire de certains handicaps et de la personne âgée (ex : autisme / Alzheimer) pourraient inciter les deux dispositifs à davantage de proximité et de complémentarité.
- Le CHU a fait les demandes d'autorisation pour que les étudiants en odontologie de 6ème année puissent également réaliser des bilans bucco-dentaires. Cela permettrait de multiplier les intervenants et ça leur donnerait une formation adaptée pour ces publics.

Points forts

- Travail en étroite complémentarité au sein du groupe pilote
- Enjeux partagés par les chirurgiens-dentistes (bonne connaissance des problématiques PA)
- Participation et dynamisme du Conseil de l'Ordre dans la promotion de l'expérimentation auprès des professionnels
- Réalisation au chevet des patients
- Implication des directeurs et médecins-coordonnateurs d'EHPAD
- Bonne collaboration entre les chirurgiens-dentistes et les professionnels soignants des établissements
- L'expérience mutualiste sur la sensibilisation et la formation à l'hygiène bucco-dentaire
- Prise en charge financière

Points de vigilance

- Faible participation des Conseils Départementaux au suivi de l'expérimentation
- Nécessité de maintenir, en parallèle aux bilans, un module de formation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des professionnels soignants en EHPAD. Sans une appropriation des enjeux et des procédures de prévention au sein des établissements, il y a un risque de découragement de certains chirurgiens-dentistes.
- Action menée sur des crédits non reconductibles

Ressources nécessaires

Les moyens nécessaires à la mise en œuvre des bilans bucco-dentaires reposent sur :

Des moyens financiers et humains :

- Le déploiement des bilans bucco-dentaires a été soutenu par des modalités financières spécifiques. Le succès de cette expérimentation repose sur une prise en charge attractive, aussi bien pour les établissements que pour les praticiens. La généralisation des bilans a été engagée sur des crédits non reproductibles¹⁴.

¹⁴ Plusieurs dizaines d'EHPAD bourguignons ayant d'ores et déjà bénéficié du module de formation et de sensibilisation « La vie à pleines dents, longtemps », le déploiement des bilans pourrait, dans certains établissements, s'affranchir des séances de sensibilisation / formation

- Le pilotage et la coordination assuré par le groupe projet pilote (ARS, conseil de l'ordre, mutualité) a été décisif. La participation et l'investissement d'un dentiste professionnel au déploiement de ce type d'expérimentation est un facteur levier important pour encourager son appropriation et son développement. La désignation d'un référent au sein de l'ARS afin d'assurer le suivi et le déploiement de l'action revêt un caractère fondamental.
- L'expérimentation a été efficace car elle a été menée autour d'EHPAD, de chirurgiens-dentistes et de patients volontaires. La mise en œuvre des bilans n'a pas été contraignante. L'appropriation du dispositif a été encouragée par les professionnels eux-mêmes

Au niveau technique :

- La réalisation du bilan au chevet du patient est un point essentiel de l'expérimentation. Certains établissements récents, à grande capacité, disposent d'un fauteuil dentaire pour la réalisation des soins complémentaires sur place. Les fauteuils utilisés en podologie (légers et mobiles) sont présentés comme une solution de substitution adaptée pour l'exercice des bilans.

En termes d'organisation territoriale :

- L'expérimentation s'est développée de façon équilibrée sur l'ensemble des départements de la Franche-Comté (pas de priorisation). Certaines conditions d'accessibilité sont requises pour encourager l'intervention des chirurgiens-dentistes sur certains territoires isolés. La vacation d'un chirurgien-dentiste pour une durée minimum de 3h au sein d'un même établissement (soit à minima 5 à 6 bilans) est l'un des facteurs facilitateurs de l'expérimentation.
- Les réunions d'informations départementales réalisées par le groupe projet ont permis d'adapter la mise en œuvre sur les territoires (rôle important joué par les conseils de l'ordre départementaux). La participation des Conseils Départementaux est souhaitée (à minima à titre d'information en tant que financeur des EHPAD).
- L'inscription de l'action dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (CLS) constitue une autre piste d'organisation

Facteurs clés de réussite

Au-delà de ces moyens à réunir, l'expérience des bilans bucco-dentaires à l'entrée en EHPAD de Franche-Comté permet de souligner l'importance de certains facteurs clés dans la réussite de la mise en œuvre, qui sont autant de recommandations pour la suite.

Le tableau suivant les recense.

Facteurs clés de réussite
<p>Une forte légitimité de l'action issue directement des objectifs du PRS : la cohérence entre l'expérimentation et les intentions affichées dans le document régional a favorisé l'installation et l'appropriation du dispositif.</p> <p>Une appropriation des enjeux par l'ensemble des professionnels impliqués (chirurgiens-dentistes, directeurs d'EHPAD, médecins coordonnateurs, personnels soignants) → Pertinence de l'action au regard des besoins.</p> <p>La participation du conseil de l'ordre pour sensibiliser et mobiliser les chirurgiens-dentistes sur chaque département. → Optimisation dans le processus d'information et de communication autour de l'action</p> <p>Une intervention des chirurgiens-dentistes répétée au sein des établissements afin d'encourager l'appropriation des pratiques par l'ensemble des personnels soignants.</p> <p>Un équilibre entre prestations de soins (bilans réalisés auprès des résidents) et actions de prévention (formation des professionnels).</p> <p>Une intervention in-situ au chevet des patients. La coopération et la diffusion des bonnes pratiques entre chirurgiens-dentistes et professionnels soignants sont directement stimulées par l'intervention des praticiens au sein des établissements.</p>

Potentiel de transposition au regard du contexte et de l'offre existante en Bourgogne

Plusieurs paramètres sont susceptibles d'encourager une transposition de l'action à l'échelle de la grande région :

Des enjeux partagés en matière de prévention bucco-dentaire en établissement. La santé nutritionnelle et bucco-dentaire constitue une

priorité nationale en matière de prévention des risques auprès des personnes âgées.

La coordination des professionnels autour de la personne âgée en EHPAD constitue un des objectifs partagés des 2 PRS.

La cohérence du dispositif avec la démarche parcours PA. Le traitement bucco-dentaire des personnes âgées à leur entrée en EHPAD s'établit dans une démarche préventive afin de maintenir le traitement dentaire des résidents (et ainsi éviter les ruptures dans la prise en charge des publics en institution).

La complémentarité du dispositif avec l'offre existante. Le déploiement du module de formation « La vie à pleines dents, longtemps » dans le cadre du programme OMEGAH aura permis d'installer une culture de prévention en matière d'hygiène bucco-dentaire dans les différents établissements bénéficiaire. La mise en œuvre d'un volet complémentaire « accès aux soins » dans le cadre du PAERPA ouvre la voie à une prise en charge facilitée pour les résidents. Les bilans bucco-dentaires à l'entrée en EHPAD peuvent compléter l'offre existante et non s'y substituer.

Bilan

Pertinence d'une généralisation du dispositif	au regard de son efficacité	++
	au regard de son efficience	+++
Potentiel de transposition	au regard du contexte	++
	au regard des ressources nécessaires	+

Les plateformes territorialisées de coordination en psychiatrie et santé mentale (PTC)

• Préambule

Ce chapitre prolonge le bilan de la porte d'entrée 7 « parcours en santé mentale » en examinant la mise en œuvre des plateformes territorialisées de coordination en psychiatrie et santé mentale (PTC) créées début 2014 dans l'ex-région France Comté.

Il s'appuie sur :

- les éléments relatifs aux PTC du PRS (PSRS, SROS volet Psychiatrie, SROMS handicap psychique de l'adulte) où les principes généraux de leur organisation sont présentés (missions, modalités de fonctionnement et pilotage, partenaires potentiels...);
- des entretiens : référents ARS, coordonnateurs de 2 PTC, directeur d'une structure porteuse ;
- l'exploitation des éléments de suivi des plateformes : comptes rendus du comité technique régional des PTC ; rapports d'activité des PTC (2014 et fin 2015 pour 2 PTC); rapports de capitalisation datés de mai 2015 coproduits par le cabinet externe retenu pour accompagner la mise en place des PTC.

• Présentation du dispositif

Genèse du projet

Le dispositif des PTC a été inscrit dans le PRS en réponse au besoin identifié sur le territoire de mettre en cohérence les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.

Suite à cette inscription, un groupe de travail s'est réuni 6 fois entre octobre 2012 et octobre 2013 afin de définir les grands principes d'intervention des plateformes et leur rattachement territorial.

Les objectifs des PTC

Les PTC visent à corriger les faiblesses 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, manque de coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social), en encourageant la coordination de ces acteurs et en améliorant l'orientation et le parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Abordées dans le bilan de la porte 7 comme principal levier d'action mobilisé en Franche-Comté pour « favoriser la coordination entre les partenaires des secteurs sanitaire, médico-social et social », il s'agit en réalité d'un dispositif transversal, devant faciliter la mise en œuvre effective sur un territoire défini de l'ensemble des objectifs relatifs aux parcours en santé mentale.

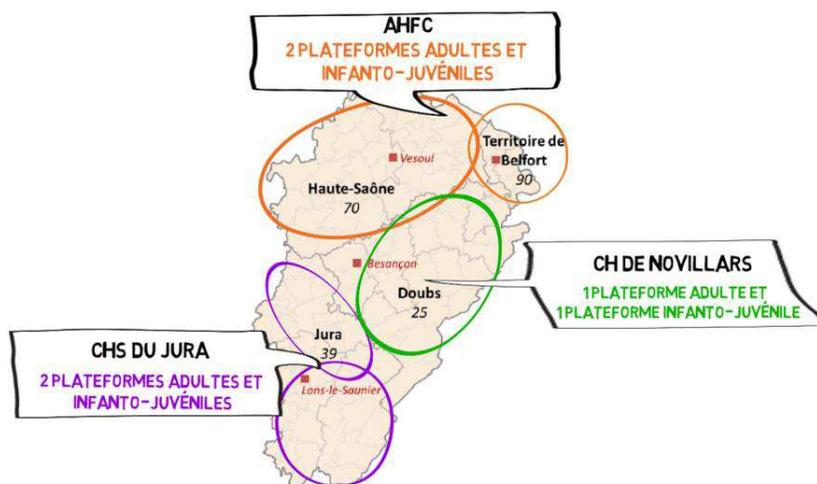
Leurs missions, telles que définies dans le projet de charte constitutive élaboré par le groupe de travail consécutif au PRS, sont les suivantes :

- Développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires du territoire,
- Mettre en place une organisation coordonnée des parcours de soin avec les partenaires du social, du sanitaire et du médico-social,
- Etre une instance de réflexion et de propositions,
- Associer les usagers et les familles aux réflexions et propositions,
- Mettre à jour et diffuser à la société civile les informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, au soin et à l'accompagnement.

Déploiement du dispositif

Accompagné par un cabinet externe avec un calendrier de déploiement unique pour l'ensemble de l'expérimentation, le lancement des PTC s'est échelonné entre le 19 février et le 14 mars 2014.

6 PTC au total ont été créées. Elles sont portées par trois établissements sanitaires ayant en charge une activité de psychiatrie :



Chaque établissement porteur ayant été libre dans la mise en œuvre des modalités d'organisation territoriale et thématique des plateformes, certaines PTC sont à l'origine thématiques (PTC portées par le CHS de Novillars), les autres sont géographiques.

Dép.	Établissement coordonnateur	PTC
25 Doubs hors Montbéliard	CHS de Novillars	<ul style="list-style-type: none"> • 1 PTC pour la prise en charge des adultes • 1 PTC pour la prise en charge infanto-juvénile
39 Jura	CHS du Jura (Dole St Ylie)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 PTC adultes et infanto-juvéniles dans le Jura Nord • 1 PTC adultes et infanto-juvéniles dans le Jura Sud
70 Haute-Saône 90 Terr. de Belfort 25 Doubs	Association Hospitalière de Franche-Comté (AHFC)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 PTC adultes et infanto-juvéniles sur la Haute-Saône (PTC Haute-Saône) • 1 PTC adultes et infanto-juvéniles sur l'Aire Urbaine Belfort – Héricourt – Montbéliard - Delle (PTC Aire

Montbéliard	Urbaine)
-------------	----------

Dans les faits, la gestion des PTC a été simplifiée : face au nombre d'acteurs conséquent participant aux 2 PTC, les comités de pilotage ont parfois été fusionnés (cf. PTC du Jura, et PTC du Doubs en 2 occasions).

L'ensemble du territoire régional est couvert. On notera que le CHRU de Besançon et le CHI de Pontarlier participent en tant qu'établissements partenaires aux deux plateformes portées par le CH de Novillars.

Deux principaux critères ont été retenus pour définir les périmètres géographiques des plateformes :

- l'organisation propre à la psychiatrie (sectorisation)
- les bassins de vie (ex. PTC de l'Aire urbaine, PTC du Jura Nord/Sud)

Le partenariat

Chaque PTC a vocation à associer progressivement l'ensemble des partenaires intervenant sur le champ de la psychiatrie et de la santé mentale du territoire. Ses partenaires potentiels sont les suivants :

- l'établissement psychiatrique de référence
- les CH ayant une activité d'accueil des urgences
- les CCAS ou CIAS des agglomérations principales
- la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- les établissements et services médico-sociaux, prenant en charge ou accompagnant des handicapés psychiques
- les CHRS
- les institutions de protection des majeurs
- les associations d'usagers et de famille
- les établissements ou associations de lutte contre les addictions
- les représentants des professions libérales (URPS-ordres)
- les maisons de santé
- Pour la prise en charge infanto-juvénile: l'Education Nationale, le Conseil Général (ASE-PMI), la Maison des Adolescents, les CAMSP, les CMPP

Dans les faits, il existe deux types de partenaires : les partenaires signataires de la charte constitutive de la PTC et les non signataires. Tous participent à ses groupes de travail.

Le nombre de partenaires varie d'une PTC à l'autre.

PTC	Nombre de structures partenaires
Doubs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures signataires non précisé • Au total, 47 structures participent aux GT • 1 structure n'a pas encore répondu aux sollicitations de la PTC (UDAF)
Jura (données au 31.12.2014)	<ul style="list-style-type: none"> • 18 structures signataires • Au total, 44 structures participent aux GT • 2 structures en cours d'intégration à la PTC • 4 structures n'ont pas encore répondu aux sollicitations de la PTC (Association de Lutte Contre l'Alcoolisme, EPHAD non affiliés au CHS du Jura, MDPH, préfecture)
Haute-Saône (données au 31.12.2015)	<ul style="list-style-type: none"> • 16 structures signataires • Au total, 56 structures participent aux GT • Elles sont représentées par 115 professionnels
Aire Urbaine (données au 31.12.2015)	<ul style="list-style-type: none"> • 26 structures signataires • Au total, 30 structures participent aux GT • Le CAMPS de l'Aire urbaine est la seule structure à ne pas avoir répondu aux sollicitations de la PTC

La gouvernance

La gouvernance du dispositif repose sur une organisation à deux niveaux :

Au niveau local

Chaque PTC dispose d'un comité de pilotage : rassemblant des représentants des hôpitaux, des institutions, des communes, des usagers, des établissements médico-sociaux, des représentations professionnelles (Ordre, URPS), les comités de pilotage internes 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 à partir desquels a été élaboré le plan d'actions de chaque PTC. Depuis, ils organisent la mise en œuvre du programme annuel d'actions et suivent leur déroulement et formulent des propositions sur les priorités d'actions. Le nombre de réunions annuelles est variable d'une PTC à l'autre.

Non prévue au départ, une assemblée informative annuelle a été programmée à partir de 2016 pour accentuer la démocratie participative autour de la santé mentale dans 2 PTC (Aire urbaine et Haute Saône) ; l'ensemble des acteurs du territoire d'une PTC y sont conviés pour dresser le bilan de l'année et discuter des perspectives de l'année à venir.

Au niveau régional

Un comité stratégique régional doit coordonner les actions de l'ensemble des plateformes. Dans les textes, il est convoqué par l'ARS qui en assure l'animation, et composé des directeurs et présidents de CME des établissements de rattachement. Il est prévu qu'il se réunisse aussi souvent que nécessaire.

Un comité technique régional a été constitué pour la phase pilote du déploiement des plateformes (18 mois) : co-animé par l'ARS et le cabinet externe chargé de l'accompagnement des PTC, il doit effectuer le suivi annuel des indicateurs et de la mise en œuvre du programme d'action, afin d'assurer une conformité aux objectifs du PRS et une cohérence de l'ensemble du dispositif se réunit après chaque étape.

La commission spécialisée « Santé mentale, Psychiatrie et handicap psychique » de la CRSA devait être régulièrement informée des activités menées par les plateformes de coordination.

Ces instances n'ont pas toutes été mises en œuvre de la même manière :

Instances	Réunions effectives
Comités de pilotage internes	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 : 3 réunions pour chaque PTC • 2015 : entre 1 et 3 réunions pour les PTC dont les données sont disponibles (PTC Aire Urbaine et PTC de Haute-Saône)
Assemblée informative	<ul style="list-style-type: none"> • PTC Haute-Saône : avril 2016 (120 professionnels présents)
Comité technique régional	<ul style="list-style-type: none"> • 3 réunions : 2 en 2014 (en fin d'étape 1 et 2 des PTC), 1 en 2016 (bilan 2015 des PTC et perspectives pour 2016)
Comité stratégique régional	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune réunion recensée
Information à la commission spécialisée	<ul style="list-style-type: none"> • Information régulière sur les PTC réalisée par leur référent ARS

L'animation et la gestion

Le déploiement opérationnel de la PTC repose sur trois pilotes : le directeur de l'établissement porteur de la PTC, un référent médical et un coordonnateur.

Le **directeur de l'établissement sanitaire** de rattachement est le gestionnaire de la (des) plateforme(s) de coordination. Il arrête le programme annuel d'actions de(s) PTC, préparé par le comité de pilotage et dans le respect des orientations du PRS. Il s'assure de sa mise en œuvre ainsi que de la mise en place des actions concourant à la coordination des parcours. Il désigne, après avis du président de la commission / conférence médicale d'établissement (CME), selon le statut de l'établissement, un coordonnateur et un référent médical pour chaque plateforme. Il assiste aux réunions de la plateforme et peut désigner un membre de son équipe de direction pour le représenter ou l'assister.

Un **coordonnateur** professionnel du territoire est désigné après accord des signataires de la convention, celui-ci n'est pas obligatoirement issu de

l'établissement sanitaire de référence. Ce coordonnateur est, avec le **référent médical** (psychiatre), le correspondant opérationnel des partenaires associés à la mise en œuvre de son programme annuel d'actions. Ils conçoivent, développent, organisent et mettent en place les actions et les outils qui concourent, permettent et facilitent la coordination des parcours de santé des usagers. Ils rendent compte de l'avancée de leurs travaux au COPIL et contribuent à la préparation du programme annuel. Ils établissent annuellement un bilan de l'activité de la plateforme et contribuent, le cas échéant, à la transmission de données chiffrées nécessaires à l'évaluation des actions du PRS.

Le **support administratif et logistique** de la plateforme est assuré par l'établissement sanitaire de référence avec un temps administratif dédié.

Le choix de l'ARS a été de responsabiliser les établissements psychiatriques : la mise en place des PTC figure dans les CPOM signés entre les établissements psychiatriques et l'ARS pour la période 2012 à 2016. Ainsi, le suivi des PTC est réalisé dans le cadre du suivi des CPOM (pas de gestion directe des PTC par l'ARS).

L'animation et la gestion des PTC ont bénéficié de **moyens alloués par l'ARS** :

- Des moyens financiers : les postes de coordonnateurs sont financés à hauteur de 300 000 euros annuels (50 000 euros par plateforme territoriale, soit 100 000 euros par CHS) ;
- Des moyens d'accompagnement sur 18 mois (cabinet externe).

Les **moyens complémentaires** nécessaires à la mise en œuvre du plan d'actions des PTC ont été fournis par les établissements porteurs.

Le plan d'action

La construction du plan d'action de chaque PTC a comporté plusieurs étapes :

- **Mise en place de groupes de travail** par filière d'âge (réunions visant à recueillir les points de blocage et les initiatives remarquables à intégrer au diagnostic, et à de déterminer les thématiques prioritaires pour les partenaires) ;
- Sur la base de ces GT, **formalisation du diagnostic et d'un plan d'actions** par le coordonnateur du territoire et le cabinet externe ;

- **Présentation / validation du diagnostic** et du plan d'actions par le comité de pilotage de la PTC.

Suite à la réalisation des diagnostics, 3 enjeux territoriaux ont été identifiés pour l'ensemble des PTC, à partir desquels 15 actions, dont 10 communes à toutes les PTC, ont été identifiées et formalisées pour une mise en œuvre d'ici 2016.

Ces actions ont été déclinées par chaque PTC en fiches actions ; elles font l'objet chaque année d'une actualisation, intégrée au rapport d'activité de l'année précédente.

Les résultats de la mise en œuvre

Le rapport de capitalisation produit par le cabinet Alcimed en mai 2015 fournit un premier bilan de l'avancement des plans d'actions des PTC, initiés en novembre 2014. Le tableau suivant en résume les principales avancées, actualisées le cas échéant par les rapports d'activité réalisés fin 2015 (par les PTC Aire Urbaine et Haute Saône) ou au cours des entretiens.

En **noir** sont indiquées les avancées concernant les 10 actions communes aux 6 PTC, en **bleu** les actions spécifiques à certaines PTC.

Enjeu 1 : Optimiser les coopérations et développer un socle de culture commune			
1.	Construction d'un annuaire	2 annuaires interactif et exhaustif des acteurs locaux produits, + de 100 fiches structures formalisées	
2.	Définition de référents en santé mentale	+ de 100 référents désignés dans les structures signataires des chartes constitutives (réalisation d'une fiche par référent)	
3.	Organisation de mini-stages /journées d'immersion	4 périodes de stage organisées par l'AHFC sur des thématiques clés, + de 90 professionnels accueillis au sein des structures partenaires Actualisation fin 2015 : + de 140 professionnels accueillis	
4.	Organisation de visites de sites	Pas de réalisation recensée au 30.05.2014	

5.	Groupe de réflexion transversal (HS, AU, Doubs)	Réunion de l'assemblée informative de la PTC Haute-Saône en avril 2016 (120 professionnels présents)	
6.	GT par filière	9 GT installés sur les différentes filières d'âge (infanto-juvénile, générale, du sujet âgé) pour réfléchir aux points de rupture identifiés et organiser de manière efficiente les parcours	
7.	Accompagnement dans l'identification des besoins et l'organisation de formations	Organisation par les PTC de l'AHFC de 4 sessions de formation mi 2015 (sur des thématiques clés : sensibilisation aux pathologies mentales, addictologie, soins sans consentement...), + de 70 professionnels formés	
Enjeu 2 : Assurer une meilleure articulation entre les actions de prévention, de soins et d'accompagnement			
8.	Accompagnement à la construction d'instances de concertation (Jura, AU)	Mise en place d'une Cellule de Veille Sanitaire et Sociale à l'échelle du territoire d'intervention de PMA Soutien à l'installation d'un CLSM à Dole et à Vesoul	
9.	Diffusion des outils construits dans le cadre de l'expérimentation FAM/MAS et hôpitaux (Jura)	Pas de réalisation recensée au 30.05.2014	
10.	Accompagnement à l'organisation de temps de réunions formalisées (Jura)	Pas de réalisation recensée au 30.05.2014	
11.	Accompagnement à la révision de protocoles	3 protocoles (logigrammes permettant une compréhension des circuits pour améliorer les parcours de prise en charge) élaborés et en cours de test Actualisation fin 2015 : une dizaine de process	

		ont été élaborés par la PTC Aire urbaine	
12.	Aide à la réactivation et mise en place de conventions	Actualisation fin 2015 : 3 conventions cadre ont été finalisées dans la PTC de l'Aire Urbaine	
Enjeu 3 : Faire remonter des réflexions et propositions auprès des acteurs institutionnels et des partenaires			
13.	Mise à jour régulière et approfondissement du diagnostic territorial et des pratiques professionnelles	Pas de réalisation recensée au 30.05.2014	
14.	Veille et communication sur les initiatives remarquables du territoire départemental, régional et national	Newsletter publiée sur la plateforme collaborative ; présence à des réunions institutionnelles ; suivi, évaluation et diffusion des travaux portés par les partenaires	

Le suivi-évaluation

Le suivi des PTC est composé des éléments suivants :



Source : Comité technique régional, réunion du 26.03.2014

Dans les faits :

- Les PTC produisent un rapport d'activité annuel
- Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont encore peu voire non renseignés (notamment en raison d'un faible retour des questionnaires de satisfaction)¹⁵.

¹⁵ On notera que les indicateurs d'impact sur la fluidification des parcours (Nombre de personnes relevant de la psychiatrie accueillies par les Etablissements et Services Médico-Sociaux ; Taux d'hospitalisation psychiatrique sans passage aux urgences pour les patients connus, différencié selon leur provenance ; Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé) sont peu spécifiques aux PTC.

- **Pertinence et potentiel de transposition du dispositif**

Efficacité et efficience du dispositif

Le dispositif des PTC étant récent, ses effets et impacts ne seront vraiment analysables que d'ici 2-5 ans. Les réalisations recensées et le retour d'expérience de plusieurs acteurs (référénts ARS, coordonnateurs, directeur d'établissement) permettent néanmoins d'établir un premier bilan de leur valeur ajoutée :

- **Sur 6 PTC mises en place en 2014, 4 aujourd'hui seulement sont opérationnelles** : les 2 PTC du Doubs n'ont pas initié la mise en œuvre de leur plan d'action suite au départ de leur coordonnateur (non remplacé depuis janvier 2015) ;
- Dans les 4 autres PTC, les plans d'actions ont bien été initiés fin 2014 ; **11 des 15 actions ont déjà abouti** à des réalisations effectives, des premiers outils communs ont été produits ex. annuaires, site internet... ;
- Les **référénts interrogés sont enthousiastes** vis-à-vis de ce dispositif : la **mobilisation** et l'implication des acteurs du territoire a été à la hauteur de ce qu'ils espéraient, notamment concernant les groupes de travail par filière et certaines actions organisées (mini-stages / journées d'immersion, réalisation de fiches d'identification des référénts santé mentale dans les structures partenaires)
- Deux **principales avancées sont soulignées** par les référénts :
 - **l'approfondissement de la connaissance mutuelle** entre les structures et acteurs de la santé mentale, première étape jugée indispensable pour poser les conditions d'une meilleure coordination entre les acteurs des différents secteurs (sanitaire, médico-social, social), d'un renforcement de leur collaboration, et in fine d'une fluidification des parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Pour les coordonnateurs : « la pompe du changement culturel est amorcé » ;
 - **L'amélioration de la lisibilité** sur les dispositifs existants, condition d'une utilisation plus efficace et efficiente des ressources disponibles sur les territoires.

Le tableau suivant reprend de manière synthétique les principaux points forts constatés par les référénts des PTC :

Points forts
<ul style="list-style-type: none">• Un dispositif dynamique et pertinent• Une méthodologie de déploiement efficace et reproductible• Une gouvernance simple et réactive (Comité Stratégique Régional/Comité de pilotage), adaptée à la réalité des territoires• Des outils mobilisateurs... : le diagnostic partagé au démarrage, le plan d'actions construit en concertation avec les acteurs locaux, adapté aux enjeux territoriaux• ... et une mobilisation notable des professionnels de la santé mentale autour des PTC (des dizaines de structures partenaires ; des participants nombreux aux copil et aux actions proposées ; un spectre large de professionnels mobilisés...)• Le rattachement des PTC à des établissements psychiatrique, les obligeant à s'engager dans la démarche et à « s'ouvrir » sur l'extérieur

Les deux premières années de mise en œuvre des PTC ont permis également de souligner certains « manques » au niveau de leur déploiement.

Limites
<ul style="list-style-type: none">• Le comité régional stratégique ne s'est pas réuni• Les PTC n'ont pas été animées en réseau : un comité régional de suivi réunissant coordonnateurs des PTC et directeurs des établissements permettrait de suivre leurs actions, de les valider en fonction des objectifs du PRS, de partager les bonnes pratiques

Ressources nécessaires

Les moyens nécessaires à la mise en œuvre des PTC sont relativement limités :

Au niveau humain et financier :

- Un poste de coordonnateur pour chaque PTC : actuellement, le poste de coordinateur est financé par l'ARS (1 poste pour animer 2 PTC)
- Des moyens supplémentaires pour financer les frais d'organisation, les outils... sont à prévoir par la structure porteuse (si non pris en charge par l'ARS)

Au niveau technique :

- Des outils bureautiques (informatique, réseau, bureau...) pour assurer le secrétariat de la plateforme

Facteurs clés de réussite

Au-delà de ces moyens à réunir, l'expérience des PTC de Franche-Comté permet de souligner l'importance de certains facteurs clés dans la réussite de la mise en œuvre, qui sont autant de recommandations pour la suite.

Le tableau suivant les recense.

Facteurs clés de réussite
Une logique « bottom up » , de manière à favoriser l'appropriation de la démarche par les partenaires et leur engagement
Une structure porteuse de la PTC « légitime » aux yeux de la communauté médicale et des partenaires (facilite leur mobilisation), d'où l'intérêt d'un portage par les psychiatres
Des objectifs de la PTC bien compris par l'ensemble des acteurs : pour éviter déception et désaffection des partenaires, il est important de préciser dès le départ que le but d'une PTC n'est pas de fournir aux des moyens financiers complémentaires, ni de gérer des situations individuelles complexes.
Des coordonnateurs présents : l'exemple du Doubs illustre l'impossibilité

de faire avancer les actions d'une PTC en son absence

Des directeurs et référents médicaux impliqués, reconnus par leurs confrères et mobilisateurs : inégale d'une PTC à l'autre, l'implication des directeurs et référents médicaux est déterminante pour convaincre les acteurs locaux de l'intérêt d'une PTC (« passer le message que ce n'est pas un gadget ») et favoriser leur mobilisation, en particulier pour les acteurs du champ sanitaire (les coordonnateurs n'ayant pas un profil médical, leur légitimité est moindre).

Au-delà du directeur et des référents, **un soutien de l'établissement porteur (direction, équipes, services)** est déterminant : « pour que les projets aboutissent, il faut qu'ils soient portés par les institutions » ; la mise en œuvre de certaines actions dépend du soutien apporté par les services de la structure porteuse aux coordonnateurs (ex. service des formations pour organiser les mini-stages...)

Une dynamique de mobilisation que les coordonnateurs parviennent à maintenir dans le temps de manière à atteindre les objectifs identifiés : comme tout dispositif partenarial, les PTC se heurtent au risque de voir leur dynamique s'essouffler. Ce risque est d'autant plus grand en cas de turn over du côté des coordonnateurs (cas de Doubs, et prochainement du Jura). Plusieurs pistes d'action sont envisagées dans ce sens :

- Intensifier les dynamiques de travail
- Accentuer la démocratie participative
- Renforcer les travaux autour des points de rupture
- Communiquer avec la société civile
- A plus long terme, travailler autour de nouvelles frontières d'intervention (actions menées en commun entre 2 ou plusieurs plateformes, nouvelles typologies d'actions : observatoire, GDC, numéro vert...)

Des actions à la fois stratégiques (identification des points de rupture par les filières) **mais aussi pragmatiques** et efficace pour fluidifier les parcours de soins : sans intervenir au niveau individuel, la PTC doit permettre de consolider les réseaux et d'avancer sur « la logique de place » (en MAS...)

Potentiel de transposition au regard du contexte et du cadre réglementaire

Plusieurs critères permettent de mesurer la pertinence de ce dispositif :

Les problématiques du contexte de la grande région : elles sont cohérentes avec celles qui ont présidées à la mise en place des PTC.

La cohérence du dispositif avec les choix stratégiques de l'ARS BFC : les PTC s'inscrivent dans l'un des 3 parcours « prioritaires » identifiés en octobre 2015 par la Direction de la nouvelle ARS BFC (avec le parcours cancer et celui des personnes âgées).

La cohérence du dispositif avec le cadre réglementaire : les PTC peuvent s'intégrer voire constituer le cadre du futur **projet territorial de santé mentale**, prévu par la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Notons que la Loi préconise également la création de **communautés psychiatriques de territoire (CPT)** : un projet de décret est en cours avec une dizaine d'articles, dont l'un définit les missions de la CPT, à savoir « fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de soins, de réhabilitation et d'accompagnement sécurisés et sans rupture »¹⁶. Ces objectifs très similaires à ceux des PTC, font de cette expérimentation un dispositif précurseur. Toutefois, le contexte réglementaire n'étant pas complètement stabilisé, il conviendra de s'assurer de l'articulation entre PTC et CPT avant tout déploiement généralisé à la grande région.

¹⁶ <http://www.santementale.fr/actualites/communautes-psychiatriques-de-territoire-concertation-des-professionnels.html>

Bilan

Pertinence d'une généralisation du dispositif	au regard de son efficacité	++
	au regard de son efficience	++
Potentiel de transposition	au regard du contexte	+++
	au regard des ressources nécessaires	+++
	au regard du cadre réglementaire	A confirmer en fonction des évolutions réglementaires

Principales conditions de réussite	<p>Maintenir logique « bottom up » du dispositif</p> <p>Garantir le financement et la présence d'un coordonnateur, soutenus par l'établissement de rattachement</p> <p>Prendre en compte de la sectorisation des établissements psychiatriques pour son périmètre</p> <p>Dès le départ, réaliser un travail de pédagogie sur les possibilités qu'ouvre ou non une plateforme</p>
------------------------------------	--

ANNEXE : Liste des interlocuteurs actions réussies

Action phare	Interlocuteur	B	F C	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 Oncolie 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	
MSP Louhans	Nathalie PLISSONNIER	X		ARS – DAT – Animatrice territoriale en santé	1
MSP Louhans	Pascal PRETTO	X		Coordonnateur de la MSP de Louhans	1
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
SP Louhans	Josette Harstricht	X		Membre de la CRSA-Commission des usagers (et usagère de la radiologie de Louhans)	1