



ÉVALUATION CONJOINTE DES PRS 2012-2016 DE BOURGOGNE ET DE FRANCHE-COMTÉ

NOTE DE SYNTHÈSE FINALE



➔ **MÉTHODE D'ÉVALUATION**

BILAN PAR PORTE D'ENTRÉE

APPROCHE TRANSVERSALE

ÉTUDE DE 6 ACTIONS REUSSIES

RECOMMANDATIONS

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE (1/2)

Une **évaluation globale** des PRS de Bourgogne et de Franche-Comté :

- Un bilan par « portes d'entrées » communes aux 2 PRS **pour permettre une lecture transversale** :
 - Porte 1 - Accès aux soins de premier recours
 - Porte 2 - Organisation territoriale du recours aux soins
 - Porte 3 - Parcours de vie des personnes en situation de handicap
 - Porte 4 - Parcours de santé des personnes âgées
 - Porte 5 - Déclinaison territoriale de la politique de santé à travers les CLS
 - Porte 6 - Développement de l'e-santé
 - Porte 7 - Parcours en santé mentale
- Un approfondissement du bilan par l'étude de 6 actions réussies
- Et un questionnement transversal : « *En quoi la mise en œuvre de chaque PRS a-t-elle influé sur l'organisation du système de santé régional en Bourgogne comme en Franche-Comté ?* »

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE (2/2)



Pour chaque porte :

1. Construction d'une « grille de lecture commune » :
➔ repérer les **objectifs** et les **modalités d'action prévues**
2. Recherche des **réalisations au regard de ces objectifs**
3. Bilan par objectif et recommandations

Des limites

- Pas de suivi systématique des dispositifs
- Information très dispersée
- « Perte de mémoire »
➔ une évaluation **centrée sur l'effectivité**



MÉTHODE D'ÉVALUATION

➔ **BILAN PAR PORTE D'ENTRÉE**

APPROCHE TRANSVERSALE

ÉTUDE DE 6 ACTIONS PHARES

RECOMMANDATIONS

PORTE 1 - ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

1. Améliorer la **démographie** des professionnels de santé dans les zones fragiles

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

1.2 Promouvoir la **formation** des professionnels en MG

1.3 Aider les professionnels de santé à **s'installer** sur les zones en difficulté

2. Favoriser la **coordination et les coopérations** entre les professionnels de santé

2.1 Impulser et accompagner l'**exercice coordonné** des professionnels de santé

2.2 Structurer la **coordination d'appui**

2.3 Développer les **outils de coopération**

3. Assurer un **accès aux soins urgents** à moins de 30mn

3.1 Promouvoir les instruments de **coopération entre ville et hôpital et entre services d'urgence**

3.2 Développer certains **équipements**

PORTE 1 - ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS



Principales avancées observées	Recommandations
<p>Des résultats conformes aux objectifs dans les deux régions en matière de formation en médecine générale (441 MSU et stages de MG pour 100% des étudiants de 2^e cycle), d'accompagnement (mise en place et bonne fréquentation du PAPS) et d'incitation (70 CESP et 41 contrat de PTMG)</p> <p>Fort développement de l'exercice coordonné des professionnels de 1^{er} recours : 88 MSP fin 2015 en Bourgogne et Franche Comté (un des meilleurs taux nationaux rapporté à la population)</p> <p>Développement des outils numériques et des systèmes d'information : projet e-TICSS (territoire innovant coordonné santé social) en Bourgogne, Dossier médical partagé et Dossier communicant en cancérologie en Franche-Comté, télémédecine dans les deux régions</p> <p>Ces avancées ont notamment contribué à une stabilisation du nombre de médecins généralistes en Franche Comté, mais pas en Bourgogne</p> <p>Amélioration de l'équipement pour l'accès aux urgences (+ 2 hélicos + « SMUR innovant » en projet)</p>	<p>Dans le cadre du projet structurant pour le renforcement des soins de proximité mis en place dans l'ARS BFC pour le PRS 2 :</p> <ul style="list-style-type: none">• Harmoniser les outils et les modalités de gouvernance dans les deux régions : outils d'identification des zones prioritaires, comité de pilotage des soins primaires, réseaux de référents, fédérations d'exercice coordonné, etc.• Sécuriser les MSP et accroître leur champ : consultation non programmées, formation, petites urgences, outils diagnostic (radiologie et laboratoires d'analyse médicale)...• Promouvoir les outils peu investis dans le PRS 1:<ul style="list-style-type: none">• les protocoles de coopération• les centres de santé (urbains et ruraux)• les médecins correspondants du Samu

PORTE 2 - ORGANISATION TERRITORIALE DU RECOURS AUX SOINS

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

1.1 Favoriser les **rapprochements entre établissements de santé**

1.2 Organiser la **gradation des soins** sur les territoires

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

2.1 Développer les **alternatives à l'hospitalisation**

2.2 Promouvoir la **e-santé** dans le champ hospitalier

3. Améliorer l'interface et la **complémentarité entre les différents niveaux de recours aux soins** : l'articulation entre la ville et l'hôpital

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

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

PORTE 2 - ORGANISATION TERRITORIALE DU RECOURS AUX SOINS



Principales avancées observées	Recommandations
<p>Des résultats tangibles en matière de coopération hospitalière avec des choix différents dans les 2 régions : 6 communautés hospitalières de territoire préfigurant les GHT dans le cadre d'une organisation territorialisée en Bourgogne</p> <p>9 Fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) autour du CHU dans le cadre d'une organisation centralisée sur un territoire de santé unique en Franche Comté</p> <p>Exemple de la Cancérologie : un groupement de coopération sanitaire et un réseau en FC garantissant un accès et une qualité homogènes sur la région, avec 10 Etablissements de santé autorisés, contre 27 en Bourgogne</p> <p>Des actions volontaristes pour le développement des alternatives : chirurgie ambulatoire, et hospitalisation à domicile (réécriture du SROS en Bourgogne) avec un écart à la moyenne nationale qui se réduit,</p> <p>... et pour le développement de la e-santé : Hôpital numérique (50 dossiers instruits dans les deux régions) et télémédecine (96 sites équipés)</p>	<p>Mettre davantage l'accent sur l'articulation entre la Ville et l'hôpital, préoccupation majeure des 2 PRS mais dont la mise en œuvre n'a pas été concluante et sans véritable ligne directrice</p> <p>Respecter les dynamiques locales dans la mise en œuvre des plateformes territoriales d'appui (PTA), nouvel outil de mise en œuvre de l'articulation ville-hôpital</p> <p>Accompagner les projets médicaux des nouveaux groupements hospitaliers de territoire (11 GHT constitués +1 GHT psychiatrique) en capitalisant sur les deux approches régionales : concilier l'approche « territorialisée » et l'approche « intégrative » régionale qui a produit des collaborations médicales efficaces.</p> <p>Poursuivre les actions de promotion des alternatives à l'hospitalisation et réaliser la révision du SROS HAD en FC</p>

PORTE 3 - PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

1. Organiser le **dépistage précoce**, la **prévention** auprès du public handicapé et **affiner l'identification des besoins**

1.1 Assurer la **précocité du diagnostic**

1.2 Affiner l'**identification des besoins**

1.3 Promouvoir des **programmes de prévention et de promotion de la santé** auprès du public handicapé

2. Garantir l'**accès aux soins** aux personnes handicapées et **une prise en charge adaptée** pour tous

2.1 Favoriser l'**accès aux soins des personnes handicapées**

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

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

3. Privilégier et optimiser le **maintien à domicile** des personnes handicapées

3.1 Favoriser l'**articulation des professionnels** intervenant au domicile des personnes en situation de handicap

3.2 Améliorer le **soutien aux aidants**

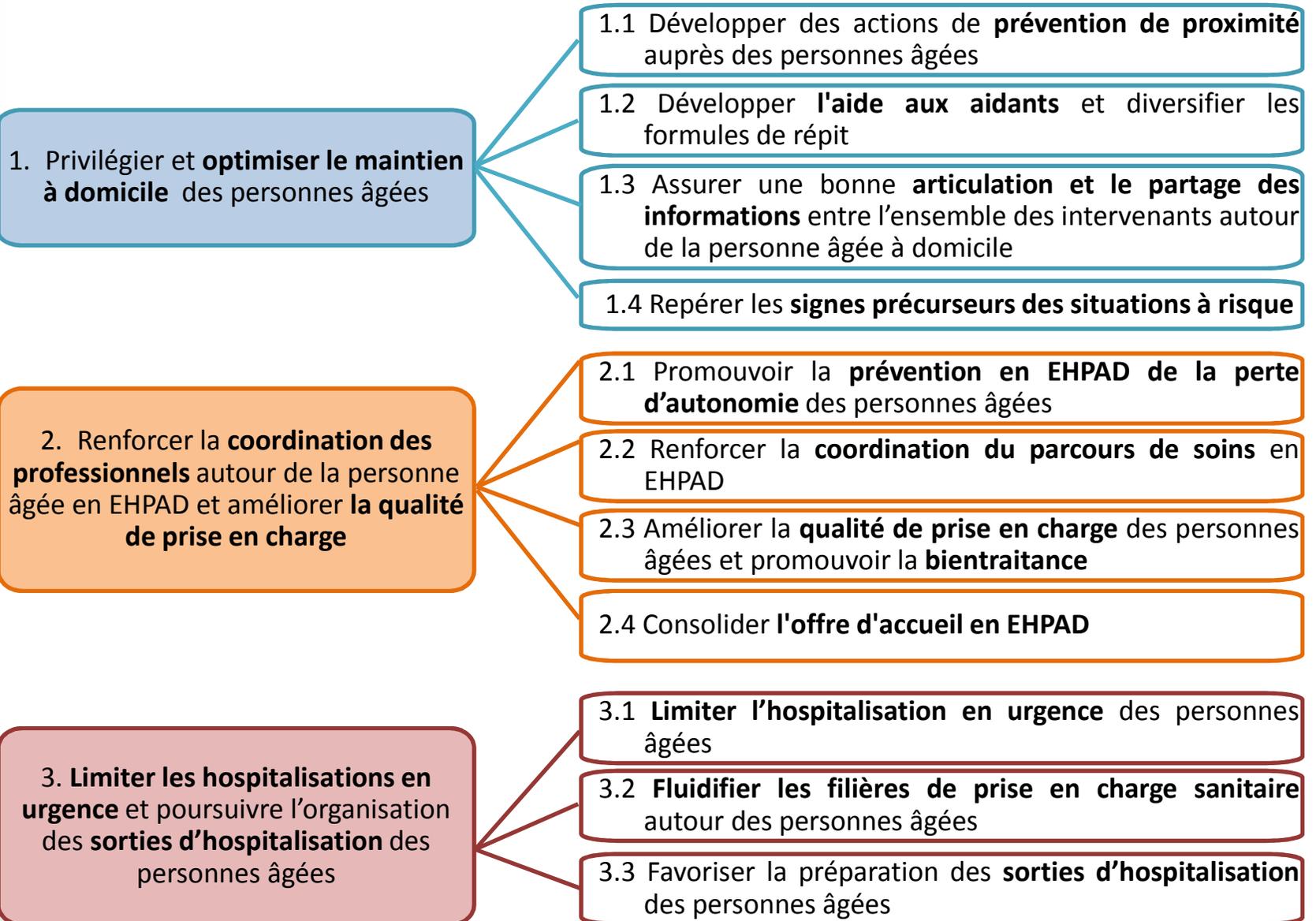
3.3 Favoriser l'**inclusion scolaire** des enfants en situation de handicap et l'**insertion professionnelle** des adultes

PORTE 3 - PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



Principales avancées	Recommandations
<ul style="list-style-type: none">• Des avancées en matière de dépistage (renforcement des CAMSP) et d'identification des besoins des PH (outil Viatrajectoire)• Des expérimentations innovantes en matière d'orientations• Installation et appropriation d'une approche parcours décloisonnée entre secteurs et professionnels• Des réalisations convaincantes en matière d'accès aux soins• Une meilleure inclusion scolaire des PH	<p><u>Soutenir le développement des parcours sur le champ de handicap via :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• L'ajustement de l'offre aux besoins (dispositifs souples de transition, doubles orientations, projet Serafin PH)• La définition et mise en œuvre de nouvelles modalités de travail auprès des MDPH (identification et analyse anticipées des besoins, déploiement de l'outil Viatrajectoire, gestion et harmonisation des parcours et des situations critiques)• Le développement d'une offre régionale de soutien aux aidants• L'accompagnement à l'évolution des pratiques des intervenants au domicile des PH (coordination aide et soins, encadrement des pratiques professionnelles, formation à la prise en charge spécifique des PH)• La mise en œuvre d'une politique de santé territorialisée conforme aux orientations du rapport Piveteau axée vers une stratégie de mise en place des parcours• La mise en œuvre d'un plan d'action régional en matière d'accès aux soins (cf. étude et plan d'action Alcimed)• La poursuite du 3^{ème} plan autisme (animation commune, formation des acteurs, rapprochement des 2 CRA)

PORTE 4 - PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES



PORTE 4 - PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES



Principales avancées	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Approche partagée BFC autour du parcours et des points de rupture • Renforcement de l'offre de prévention de proximité autour de programmes structurants (PPSS, PAPA, OMEGAH) • L'émergence d'1 stratégie «aidants» (modélisation d'1 parcours aidants en FC ; dvpt de l'accueil de jour + de l'hébergement temporaire en EHPAD ; mise en place des plateformes de répit) • Des programmes et dispositifs de coordination structurants (PAERPA, art70, PSPA) • Renforcement de la coordination entre secteurs et entre acteurs • Dvpt de la télémédecine en EHPAD • Filière gériatrique en voie de structuration • Avancées multiples sur l'entrée/sortie d'hospitalisation 	<p><u>Nécessité pour l'ARS d'engager sous un même pilotage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'animation d'une approche parcours transversale, qui s'impose à chacune des approches métiers • Le renforcement de l'offre de prévention de proximité afin d'agir au plus tôt dans le parcours des PA, d'amortir les situations d'urgence et d'éviter les risques de rupture • La mise en œuvre d'1 stratégie régionale d'aide aux aidants afin de développer l'offre à ce jour disponible et d'accroître sa visibilité auprès du public • Une démarche d'évaluation sur l'ensemble des programmes et dispositifs actuellement déployés sur les territoires des 2 ex-régions dans une perspective d'articulation-intégration / généralisation / déploiement • Le dvpt des structures de coordination (réseaux gérontologiques, maisons de santé...) sur l'ensemble du territoire à partir de l'architecture modèle PAERPA • La mise en œuvre des PTA + L'extension/déploiement du programme PAERPA • Le prolongement de la filière gériatrique en FC et le renforcement de la coopération entre les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux

PORTE 5 - DÉCLINAISON TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ À TRAVERS LES CLS

○ Périmètre

Evaluation ciblée sur le contrat local de santé (CLS)

Objectif de l'évaluation : examiner :

- les conditions d'émergence de ces contrats
- les thématiques traitées par ces contrats
- les facteurs qui conditionnent l'avancement du plan d'action

○ Des stratégies / mises en œuvre différentes :

- Bourgogne : dispositif d'animation territoriale très formalisé (référentiel régional) ; choix de co-financer des postes d'animateurs santé au niveau local
- Franche-Comté: cadre régional restreint ; choix d'apporter de l'ingénierie aux territoires (recrutement de 11 animateurs territoriaux en santé ARS)

PORTE 5 - DÉCLINAISON TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ À TRAVERS LES CLS



Principales avancées	Recommandations
<p>Dans les 2 régions, une émergence facilitée par une dynamique impulsée au niveau régional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restructuration organisationnelle de l'animation territoriale • Mise en place d'instances partenariales infrarégionales • Modalités d'accompagnement spécifiques en B et FC <p>Un nombre similaire de territoires contractualisés (11 en B, 10 en FC) Entre 42% (B) et 55% (FC) de la population couverte</p> <p>Des dynamiques internes aux CLS perçues comme satisfaisantes (modalités de pilotage, avancement des plans d'action...)</p>	<p>Pour convaincre les élus de s'engager dans la démarche ou de renouveler le CLS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le travail de pédagogie auprès des élus • Mieux communiquer sur les résultats <p>D'une manière + générale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etendre la durée de contractualisation (> 3 ans) • Doter les territoires de l'ingénierie indispensable à la dynamique des contrats (émergence et mise en œuvre) • Renforcer la faisabilité du plan d'actions (nombre d'actions limité, ciblage en fonction des besoins locaux et de la situation économique des collectivités...) • Mettre en place un suivi régional des CLS • Organiser les échanges entre les CLS et diffuser les bonnes pratiques • Renforcer la place des citoyens dans les CLS

PORTE 6 - DÉVELOPPEMENT DE L'E-SANTÉ

- Périmètre de l'évaluation

Interroger pour chacune des portes d'entrée :

- les avancées en termes de e-santé
- en quoi elles répondent aux enjeux de santé
- les perspectives de déploiement, les leviers et freins

- Des stratégies / mises en œuvre différentes :

- Franche-Comté: Schéma directeur régional des systèmes d'information en santé validé dès 2012 , approche ancienne, reprenant essentiellement un portefeuille de projets existants
- Bourgogne : Stratégie numérique santé adoptée en 2015, des projets d'ampleur lancés en peu de temps

PORTE 6 - DÉVELOPPEMENT DE L'E-SANTÉ

Principales avancées	Recommandations
<p>Des dispositifs</p> <ul style="list-style-type: none">• variés et souvent concluants (dossier médical partagé en FC ; e-TICCS, volet SI PAERPA en B...)• qui répondent au besoin de coordination des acteurs• qui apportent une réponse au défi du déficit de la démographie médicale (TM) <p>Des atouts dans un contexte de fusion régionale :</p> <ul style="list-style-type: none">• Similitudes dans les outils utilisés (Ex : Répertoire Opérationnel des Ressources) ;• Complémentarités du point de vue des compétences des groupement de coopération sanitaire e-santé ainsi que de leur offre de services (Espace Numérique Régional de Santé)• Peu de projets en «concurrence»	<p>Mettre en œuvre les recommandations de la note de cadrage « Projet structurant e-santé » et du comité de pilotage TM d'avril 2016, notamment:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consolider les projets existants• Mutualiser, capitaliser les bonnes pratiques mises en œuvre dans chacune des régions• Intégrer de manière durable et pérenne la composante e-santé dans les pratiques professionnelles et dans l'offre de soins• Continuer à évaluer l'impact des investissements, notamment en termes d'efficience et de qualité de la prise en charge (évaluations médicoéconomiques)• Développer des modèles technico-économiques permettant de pérenniser les projets / financer l'activité• Positionner l'ARS BFC comme une ARS ressources au niveau national <p>Concernant plus particulièrement la TM : consolider les usages / un accompagnement des équipes en amont et au fil de l'eau (cf. turn over des équipes locales)</p>

PORTE 7 - PARCOURS EN SANTÉ MENTALE

1. Renforcer la **démographie médicale** et des professionnels de la santé mentale

1.1 Favoriser l'installation des professionnels de santé dans la région, et en particulier dans les zones en difficulté

1.2 Pallier au déficit par les coopérations et les approches innovantes

2. Améliorer la réponse aux **urgences psychiatriques**

2.1 Structurer le réseau de prise en charge des urgences psy

2.2 Garantir une réponse téléphonique spécialisée

2.3 Approfondir la réflexion sur des points spécifiques

3. Favoriser la **coordination** entre les partenaires des **secteurs sanitaires, médico-social** et social

3.1 Mettre en place des dispositifs de coordination

3.2 Développer une culture commune à tous les partenaires de la santé mentale

4. Améliorer la qualité de vie et le **maintien dans la cité des personnes atteintes de handicap psychique**

4.1 Améliorer l'accès à la vie sociale des enfants et adultes HP

4.2 Améliorer l'accès et le maintien dans le logement des HP

4.3 Renforcer la formation des accompagnants

4.4 Lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale

5. Prévenir les tentatives de suicide et les **suicides**

5.1 Développer la formation au repérage de la crise suicidaire

5.2 Renforcer les dispositifs de prévention et de prise en charge

PORTE 7 - PARCOURS EN SANTÉ MENTALE



Principales avancées	Recommandations
<p>Une meilleure connaissance des points de rupture</p> <p>Des réponses pertinentes pour pallier au déficit démographique : développement des coopérations, recours à la télémédecine</p> <p>Des avancées dans le décloisonnement des secteurs sanitaire et médicosocial grâce à de multiples outils (formations croisées, PTC en FC, référent parcours en B...)</p> <p>Une dynamique enclenchée dans les deux régions sur le volet accès /maintien dans le logement des personnes souffrant de HP</p> <p>Des réalisations au-delà des objectifs en matière de prévention du suicide (formations au repérage de la crise suicidaire, dispositif Vigilans...)</p>	<p>Renforcer les actions relevant de la filière infanto-juvénile (en particulier la population des 6-13 ans)</p> <p>Poursuivre et enrichir les actions contribuant au maintien à domicile personnes souffrant de handicap psychiques (ex. via la mise en place du programme « un chez soi d'abord », d'équipes mobiles de liaison...)</p> <p>Engager une réflexion régionale sur les moyens à mettre en place pour lever les freins à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique</p> <p>Mettre en place une politique spécifique pour les personnes hospitalisées au long cours (projet d'avenir à mettre en œuvre)</p> <p>Soutenir les initiatives visant à déstigmatiser la maladie et le handicap psychique</p> <p>Renforcer le soutien aux aidants familiaux de personnes souffrant de handicap psychique</p> <p>Evaluer / déployer les expérimentations : plateformes de coordination; formations au repérage de la crise suicidaire; dispositifs de maintien en logement ordinaire; le dispositif Vigilans (prévention de la récurrence)...</p>

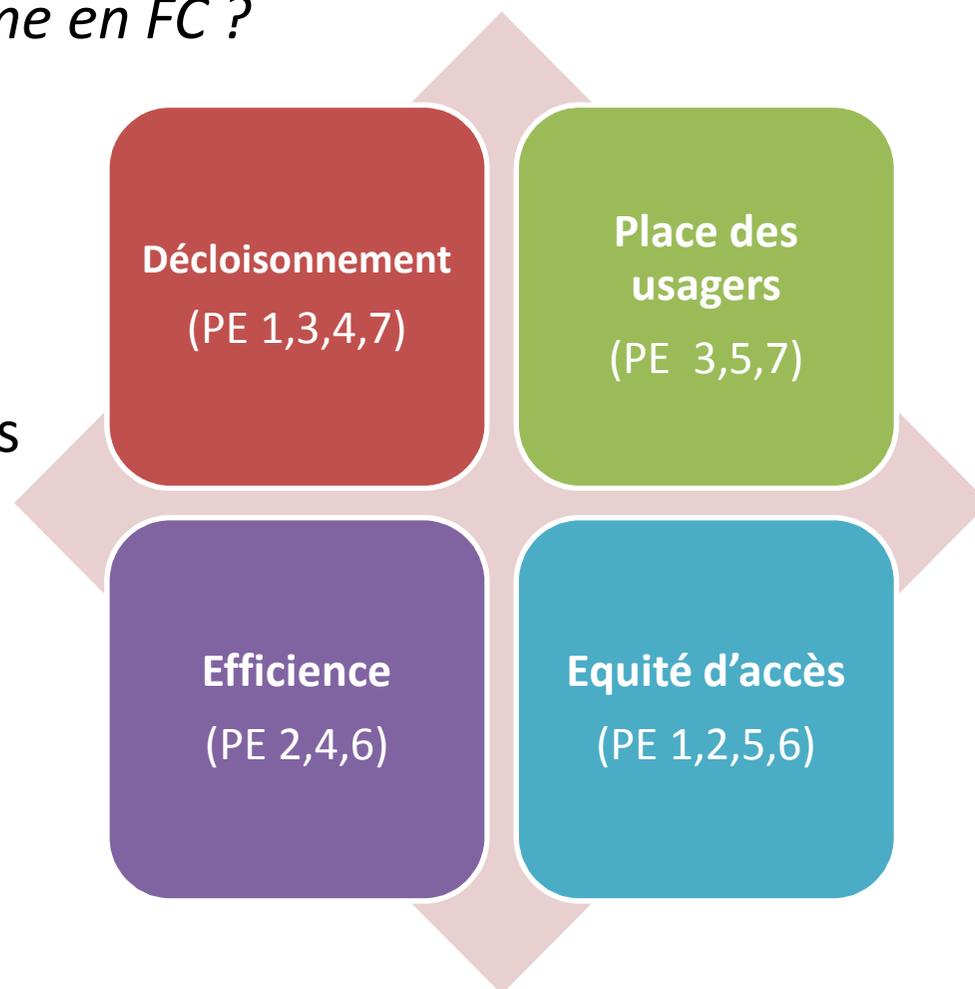


MÉTHODE D'ÉVALUATION
BILAN PAR PORTE D'ENTRÉE

➔ **APPROCHE TRANSVERSALE**
ÉTUDE DE 6 ACTIONS PHARES
RECOMMANDATIONS

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

- *En quoi la mise en œuvre de chaque PRS a-t-elle influé sur l'organisation du système de santé régional en Bourgogne comme en FC ?*
- Une analyse des évolutions organisationnelles au regard de 4 objectifs :



1 - DÉCLOISONNER L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL (PORTES 1,3,4,7)



Principaux leviers d'action	<ul style="list-style-type: none">• Dispositifs de coordination• Culture commune• SI partagés• Outils contractuels entre établissements, entre professionnels
Bilan	<p>... largement positif</p> <ul style="list-style-type: none">• Axe fort dans les documents stratégiques• Réalisations multiples (formations croisées, exercice coordonné, diagnostics partagés, instances de pilotages élargies → meilleure connaissance des points de rupture ...)• Avancées dans chaque secteur et entre S et MS
Principaux effets	<ul style="list-style-type: none">• Prise de conscience sur la nécessité de travailler ensemble• Des initiatives en matière de décloisonnement top down et bottom up• Une dynamique qui concerne également les différentes institutions
Conclusion	Un objectif qui reste central pour le futur PRS structuré en approche parcours → doit se traduire dans l'organisation → Recommandation n°7

2 - CONFORTER LA PLACE DES USAGERS (PORTES 3,5,7)



Principaux leviers d'action	<ul style="list-style-type: none">• Adaptabilité de l'offre de prise en charge aux besoins des usagers• Instances de démocratie sanitaire• Outils d'information du public et des familles
Bilan	<p>... en demi-teinte</p> <ul style="list-style-type: none">• Objectif « secondaire » et dispersé dans les documents PRS• Potentiellement très vaste (de l'information aux patients à la démocratie sanitaire)• Peu d'éléments de suivi
Principaux effets	<p>Des avancées...</p> <ul style="list-style-type: none">• Expérimentations réussies dans le champ du handicap• Installation des espaces de démocratie sanitaire prévus par la loi• Consolidation de la place des associations d'usagers <p>Mais aussi...</p> <ul style="list-style-type: none">• Information relative aux parcours encore dispersée• Aidants encore peu pris en compte (alors qu'on s'oriente vers une prise en charge de + en + « citoyenne », « hors les murs »)• Une « expertise citoyenne » peu mobilisée par les CLS
Conclusion	Au-delà de la mise en œuvre des obligations réglementaires, formaliser une véritable stratégie usagers → Recommandation n°3

3 - AMÉLIORER L'EFFICIENCE (PORTES 2,4,6)



Principaux leviers d'action	<ul style="list-style-type: none">• e-santé• Réduction des hospitalisations évitables• Gradation des soins• Alternatives à l'hospitalisation complète
Bilan	<p>Un objectif transversal des 2 PRS... mais difficile à mesurer</p> <ul style="list-style-type: none">• Manque de données qualitatives et quantitatives• Pas de bilan médico-économique des actions
Principaux effets	<p>Un constat, le « virage ambulatoire » a été pris</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans le sanitaire (ex : ↗ des taux de chirurgie ambulatoire, ↗ du nb de patients pris en charge en HAD; développement des transferts de compétences entre professionnels de santé ...)• Dans le médico-social (création de services mutualisés ; logique de désinstitutionalisation) <p>Une meilleure efficacité probable</p> <ul style="list-style-type: none">• Faibles retours en hospitalisations, limitation des hospitalisations inutiles et coûteuses, rationalisation des déplacements des patients, réduction des temps d'hospitalisation, sécurisation des retours au domicile...
Conclusion	<p>Objectiver l'impact des actions en termes d'efficacité → Recommandations 4, 5 et 6</p>

4 - GARANTIR L'ÉQUITÉ D'ACCÈS AUX SOINS (PORTES 1,2,5,6)



Principaux leviers d'action	<ul style="list-style-type: none">• Amélioration de la démographie médicale, de l'équipement sanitaire• Télémédecine• Coopérations innovantes entre professionnels• Contractualisation avec les territoire (CLS)
Bilan	<p>Un axe majeur des 2 PRS</p> <p>Un bilan positif, malgré la non inversion de la courbe démographique des professionnels de santé</p>
Principaux effets	<p>Des avancées</p> <ul style="list-style-type: none">• Des réponses à des situations de pénurie : coopération, TLM, mise en œuvre de certains équipements (héliSMUR)...• Filières avec prise en charge homogène (ex. oncologie)• Prise de conscience des élus et professionnels de la nécessité d'anticiper les évolutions liées à la démographie médicale <p>Mais aussi des points de vigilance liés au déficit de la démographie médicale</p> <ul style="list-style-type: none">• Surcharge de travail des médecins• 2% de la population qui ne trouve pas de médecin traitant• Dépassements d'honoraires et temps d'attente RV médicaux : deux marqueurs des inégalités d'accès aux soins, à suivre avec attention
Conclusion	Intégrer dans le système de suivi des indicateurs permettant de suivre l'évolution des ISTS → Recommandations n°4, 5 et 6



MÉTHODE D'ÉVALUATION
BILAN PAR PORTE D'ENTRÉE
APPROCHE TRANSVERSALE

➔ **ÉTUDE DE 6 ACTIONS PHARES**

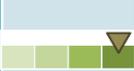
RECOMMANDATIONS

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

- Critères de sélection des actions phares :
 - ⊙ Une action pertinente et réussie
 - ⊙ Dans le périmètre de l'une des 7 portes d'entrée
 - ⊙ Mise en œuvre dans une seule région
 - ⊙ A caractère expérimental ou innovant
 - ⊙ En cohérence avec les orientations actuelles développées par l'ARS BFC
- Une analyse au regard de plusieurs variables :
 - ⊙ La **pertinence de leur généralisation** à la grande région, au regard de leur **efficacité** et de leur **efficience**
 - ⊙ Leur **potentiel de transposition**, au regard du **contexte**, des **ressources nécessaires** et du **cadre réglementaire**

IMPLANTATION D'UN CABINET DE RADIOLOGIE À LA MSP DE LOUHANS (PE 1)



Région d'origine	Bourgogne
Objectifs	Assurer l'accès dans les 30mn à un équipement de radiologie pour une population rurale de 40 000 habitants, dans le cadre de la création d'une MSP
Principaux outils mis en œuvre	Implantation d'un cabinet privé, locataire de la MSP, comportant une radiographie, une mammographie, une échographie. Présence d'un radiologue tous les jours par roulement du cabinet principal situé à Bourg en Bresse
Quelques résultats	Activité en forte progression entre 2012 et 2014 (+ 15,3%) ; 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.
Pertinence d'une généralisation du dispositif	 <p>L'ensemble des acteurs concernés sont gagnants dans cette opération :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la population (meilleur accès, moins de transports, qualité de l'accueil) • les patients (meilleure 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)
Potentiel de transposition	 <p>Un coût pour la collectivité relativement maîtrisé et amortissable dans des délais raisonnables (le cabinet est autofinancé) Nécessité d'un potentiel d'attraction suffisant</p>
Conditions nécessaires à la réussite du déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Un modèle économique attractif appuyé sur une étude de rentabilité précise • Le consensus des professionnels de santé sur le territoire • Une impulsion médicale relayée par le politique • L'appui des autorités publiques

PROGRAMME D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC TAB'AGIR (PE 1)



Région d'origine	Bourgogne	
Objectifs	Offrir à toute personne du territoire régional désirant arrêter de fumer un accès à des consultations spécifiques d'aide à l'arrêt du tabac	
Principaux outils mis en œuvre	Accompagnement pluridisciplinaire gratuit (accompagnement par un généraliste, un psychologue, un/une diététicienne)	
Quelques résultats	<p>+ de 120 professionnels de santé formés à la tabacologie par l'association</p> <p>Entre 300 et 400 personnes suivies chaque année</p> <p>Des patients 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 (résultats 2012 et 2013)</p> <p>2/3 des patients et des consultations concentrées dans l'Yonne (siège de l'association)</p>	
Pertinence d'une généralisation du dispositif		Dispositif qui répond à un problème de santé publique majeur Coexiste toutefois avec d'autres dispositifs (ex. Tabac Info Service): son système de suivi doit être renforcé pour pouvoir démontrer sa plus value
Potentiel de transposition		Moyens à mettre en œuvre « mesurés »: 137 000 € / an environ Risque d'opposition forte des acteurs FC spécialisés en addictologie face au choix d'une structure bourguignonne pour le pilotage du programme
Conditions nécessaires à la réussite du déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Développer le système de suivi de manière à faciliter la légitimité de la démarche et de son portage • Renforcer pour cela les moyens de l'association (0,5 ETP en +) • Dupliquer les ressources sur le territoire FC y compris en terme de structure (nouveau local à prévoir sur l'ancienne région Franche-Comté) • Prévoir un temps important de « démarchage » auprès des acteurs FC 	

PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE ONCOTEL (PE 2)



Région d'origine	Franche-Comté	
Objectifs	Optimiser la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de cancer, en développant un accès téléphonique structuré pour l'échange et le partage d'informations entre les établissements de soins autorisés et les professionnels médicaux et paramédicaux du domicile, ainsi que les patients	
Principaux outils mis en œuvre	1 numéro unique d'appel, 1 plateforme téléphonique unique dans les locaux du prestataire, avec 8 répondants, dont deux référents, 1 astreinte médicale (cancérologue), et 80 procédures paramétrées dans un logiciel, élaborées selon la typologie de l'appelant	
Quelques résultats	Le nombre moyen d'appels quotidiens en 2016 est de 135 (+ 63 % / rapport à 2013). L'astreinte de jour a été sollicitée 12 fois par jour en 2015, et 14 fois en 2016	
Pertinence d'une généralisation du dispositif		Il facilite la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des patients, permet un accès rapide à une information pertinente dans le parcours de soin, contribue à harmoniser les pratiques des professionnels, assure la traçabilité des parcours des patients, améliore le sentiment de sécurité, et permet d'anticiper les problématiques pouvant entraîner une hospitalisation
Potentiel de transposition		Le principe est techniquement transposable. Le coût est modeste (80 K€). Mais il est nécessaire au préalable de réfléchir sur une organisation coordonnée de la prise en charge sur le territoire concerné.
Conditions nécessaires à la réussite du déploiement	<p>Le préalable : une réflexion globale sur l'organisation de la prise en charge</p> <p>L'engagement des professionnels de santé concernés</p> <p>Le soutien fort des autorités sanitaires pour légitimer le projet</p> <p>Un leader médical fort et incontesté</p> <p>Des objectifs clairs et transparents</p> <p>Des échanges en confiance entre les établissements</p>	

DISPOSITIF INTÉGRÉ IME-SESSAD PEP 21 (PE 3)



Région d'origine	Bourgogne	
Objectifs	Construction d'un parcours individualisé et renforcé à partir de services spécialisés mutualisés	
Principaux outils mis en œuvre	2 structures pivots : IME PEP 21 / SESSAD des Pays. Le dispositif repose sur des services d'accompagnement éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques + fonctions supports mutualisés → optimisation des 2 structures + expérimentation d'une orientation MDPH vers un dispositif intégré + quantification au réel de la consommation des différentes prestations (cf. SERAFIN PH)	
Quelques résultats	<p>Une vision prospective partagée entre l'ensemble des services.</p> <p>La mise en œuvre d'une réelle pluridisciplinarité entre les intervenants.</p> <p>Une souplesse dans la construction du parcours.</p> <p>Une meilleure relation à l'utilisateur et aux familles.</p> <p>Une meilleure insertion en milieu ordinaire.</p>	
Pertinence d'une généralisation du dispositif		Cohérence du dispositif avec l'évolution et à la mutation des enjeux du secteur médico-social et qui accompagne les adaptations réglementaires nationales (orientations Piveteau, projet SERAFIN PH)
Potentiel de transposition		Moyens nécessaires : un processus organisationnel et managérial ordonné + une organisation géographique adaptée entre établissements et services pour faciliter les rapprochements et mutualisations
Conditions nécessaires à la réussite du déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Un pilotage volontariste afin de lever les inquiétudes (des MDPH, des professionnels et des familles) • Un fonctionnement en dotation globale sous CPOM unique 	

BILAN ET DÉPISTAGE BUCCO-DENTAIRE À L'ENTRÉE EN EHPAD (PE 4)



Région d'origine	Franche-Comté	
Objectifs	Évaluer l'hygiène et état bucco-dento-prothétique des résidents à leur entrée en EHPAD Mettre en place une stratégie de prévention à l'hygiène bucco-dentaire auprès des professionnels soignants en EHPAD	
Principaux outils mis en œuvre	Recrutement de chirurgiens-dentistes volontaires (appel à candidatures via les 4 ordres départementaux) Bilans réalisés au chevet des résidents volontaires Formation des personnels en poste / établissement	
Quelques résultats	7 EHPAD impliqués dans l'expérimentation, 317 bilans réalisés. Depuis la généralisation du dispositif aux 131 EHPAD de la région (validée fin 2014 par l'ARS) : 51 EHPAD volontaires en 2015; 39 en 2016. Recrutement régulier et dynamique sans effet d'épuisement.	
Pertinence d'une généralisation du dispositif		Les bilans confirment la réalité d'une hygiène bucco-dento-prothétique perfectible pour les résidents accueillis en EHPAD ⇨ intérêt des bilans à l'admission en EHPAD
Potentiel de transposition		Prévention bucco-dentaire: enjeu partagé sur le territoire régional Complémentarité avec l'offre existante (OMEGAH) Cohérence avec le parcours PA (éviter rupture de prise en charge)
Conditions nécessaires à la réussite du déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Une prise en charge financière attractive • La participation de l'ensemble des parties prenantes (chirurgiens-dentistes, directeurs d'EHPAD, médecins coordonnateurs) à la coordination, au pilotage et à la promotion de l'action. Rôle décisif du Conseil de l'ordre • Une intervention répétée au sein des établissements, in-situ au chevet des patients 	

LES PLATEFORMES DE COORDINATION EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE (PE 7)

Région d'origine	Franche-Comté	
Objectifs	Encourager la coordination des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale et fluidifier les parcours	
Principaux outils mis en œuvre	Mise en place de GT par filière, d'instances de concertation (CLSM...), de conventions, organisation de formations croisées (mini-stages /journées d'immersion), publication d'un annuaire des professionnels, d'une newsletter...	
Quelques résultats	6 PTC créés en 2014, portés par 3 CH en charge d'une activité de psychiatrie Mobilisation importante (+ de 120 structures participantes aux GT) Toutefois, 4 des 6 PTC seulement sont actuellement opérationnelles	
Pertinence d'une généralisation du dispositif		Une réponse « attendue » en terme de décloisonnement Approfondissement de la connaissance mutuelle Amélioration de la lisibilité des structures
Potentiel de transposition		Moyens à mettre en œuvre « mesurés »: 1 poste de coordonnateur pour animer 2 PTC (50 000€ / an / PTC) + frais d'organisation à prévoir par la structure porteuse + outils bureautiques Dispositif cohérent avec la stratégie de l'ARS BFC (parcours prioritaires)
Conditions nécessaires à la réussite du déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Le financement / la présence d'un coordonnateur • Le soutien du coordonnateur par l'établissement de rattachement (direction + équipe) • La volonté des acteurs des territoires à s'y engager (logique bottom up à préserver) • Une légitimité du dispositif à renforcer par l'implication de pilotes (directeurs et référents médicaux) reconnus par leurs confrères 	



MÉTHODE D'ÉVALUATION
BILAN PAR PORTE D'ENTRÉE
APPROCHE TRANSVERSALE
ÉTUDE DE 6 ACTIONS PHARES

➔ **RECOMMANDATIONS**

LES RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES

Construction et partage de la politique de santé

- R1 : Définir pour le PRS 2 un **cadre logique, hiérarchisé et lisible**, susceptible d'entraîner l'adhésion des acteurs
- R2 : Passer de l'association / consultation des instances de la démocratie sanitaire à une véritable **co-construction** du PRS
- R3 : **Donner la parole aux usagers** à toutes les étapes de la définition et de la mise en œuvre de la politique de santé

Suivi et pilotage

- R4 : Intégrer la **dimension évaluative** à la construction du programme et tout au long de sa mise en œuvre
- R5 : Concevoir et animer un **dispositif de suivi opérationnel et cohérent avec la stratégie** du PRS
- R6 : **Évaluer** de manière systématique les **expérimentations** mises en œuvre

Organisation

- R7 : Veiller à mettre en adéquation l'organisation de l'ARS avec la logique de construction et de mise en œuvre du PRS (organisation en **mode projet**)

LISTE DES SIGLES

- CAMSP: centre d'action médico-sociale précoce
- CESP : Contrat d'engagement de service public
- CLS : Contrat local de santé
- DMP: dossier médical partagé
- HAD : Hospitalisation à domicile
- MCS : Médecin correspondant du Samu
- MDPH: Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MSP : Maison de santé pluri-professionnelle
- MSU : Maître de stage universitaire
- PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie (programme)
- PAPA: préservation de l'autonomie des personnes âgées (programme)
- PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé
- PH: personnes handicapées
- PTMG : Praticien territorial de médecine générale
- PPSS : Programme Prévention Santé Senior
- PSPA : Parcours santé des personnes âgées (programme)
- PTA : plateformes territoriales d'appui