ANNEXE 2 - Diagnostic territorial « l'accès à la santé sur le territoire Nord Franche-Comté »

Direction du Cabinet, du Pilotage et des Territoires
Délégation Territoriale Nord Franche-Comté

L'ACCES A LA SANTE

SUR LE TERRITOIRE DU NORD FRANCHE-COMTE

ꕥꕥꕥ

Sommaire

1- Partie 1 - Le contexte : un milieu urbain et dense centré sur Belfort, Montbéliard et Héricourt 6

2- Partie 2 - Prévention et Promotion de la santé 15

3- Partie 3 - Accès aux soins de premier recours 36

4- Partie 4 - Offre en médecins spécialistes 54

5- Partie 5 - Médico-social.....64

6- Partie 6 - Offre sanitaire (accès et recours) 79

7- Partie 7 - Accès aux soins urgents..... 86

8- Partie 8 - Santé mentale.....87

9- Partie 9 - Santé environnement 97

CONCLUSION 100

Le pôle métropolitain Nord Franche-Comté (ex Aire Urbaine) comprend 198 communes appartenant aux départements du Doubs, du Territoire de Belfort et de la Haute-Saône. Il compte 309 117 habitants au 1er janvier 2012 et constitue ainsi un des bassins de population les plus peuplés au sein de la région Bourgogne Franche-Comté.
Le pôle métropolitain n'est pas un nouvel échelon territorial puisque les collectivités ne sont pas dessaisies de leurs propres compétences. C'est un modèle de convergence et de mutualisation des moyens humains et de ressources matérielles existants. *« C'est une nouvelle façon d'organiser une compétence en vue d'irriguer un territoire plus large, d'amener une qualité de services au plus grand nombre de citoyens »* (NDLR : propos de Madame Grelier – Secrétaire d'Etat aux collectivités territoriales lors de la signature de l'arrêté de constitution du pôle métropolitain le 1/9/2016).

La stratégie de développement du pôle métropolitain est construite autour de cinq axes fondateurs dont la santé afin que le pôle agisse pour faire de ce territoire « un territoire pilote et innovant de santé ».

L'organisation de la santé sur ce territoire est marquée par une offre sanitaire en mutation :

- L'hôpital Nord Franche-Comté qui constitue l'offre sanitaire publique locale s'est implanté en début d'année 2017 sur le « site médian » de Trévenans. Il était jusqu'alors réparti sur plusieurs implantations à Belfort et Montbéliard.
- L'offre sanitaire privée évolue : la Clinique de Montbéliard a cessé son activité en 2015. Un nouveau projet de clinique porté par le groupe NOALYS avec une activité de soins de suite et de réadaptation est prévu pour 2019/2020 sur l'Agglomération de Montbéliard, et la clinique de « la Miotte » de Belfort (Dracy Santé / Pierre Mercier) déporte son lieu d'activité de chirurgie sur le site de la Jonxion d'ici 2019/2020.
- La constitution d'un Groupement Hospitalier de Territoire à l'échelle du Nord Franche-Comté qui permet de construire un projet médical partagé avec les offreurs de santé du périmètre.
- La baisse de la démographie des professionnels de santé marquée pour la médecine générale, certaines médecines de spécialités et les masseurs kinésithérapeutes.

Plus globalement en termes d'organisation de la santé, un grand nombre d'acteurs et d'offreurs de santé interviennent sur ce périmètre et font preuve de capacité à se mobiliser sur ce territoire autour de projets structurants pour répondre aux enjeux de la politique régionale de santé que sont :

- Améliorer l'état de santé des habitants,
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- Renforcer la performance et la qualité du système de santé.

Ce territoire présente certains atouts permettant d'appréhender l'offre de santé de manière transversale et globale pour permettre la transformation de notre système de santé au regard de quatre orientations majeures :

- Faire le choix de la prévention et agir fortement sur ce qui influe sur notre santé,
- Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès à travers l'approche parcours,
- Approfondir la démocratie en santé,
- Maitriser les coûts et développer l'efficience.

Ces orientations se traduisent notamment au travers de projets prioritaires dont 13 parcours de santé (par population ou par pathologies ou par thématiques transversales) dont les actions sont déclinées sur les territoires au plus près des besoins des populations, en partenariat avec les acteurs.

La présente note vise à étudier « l'accès à la santé » sur le territoire du Nord Franche-Comté en prenant en compte les transformations attendues ou possibles ainsi que l'opportunité de l'ensemble des opérateurs du champ de la santé à agir à l'échelle de ce territoire.

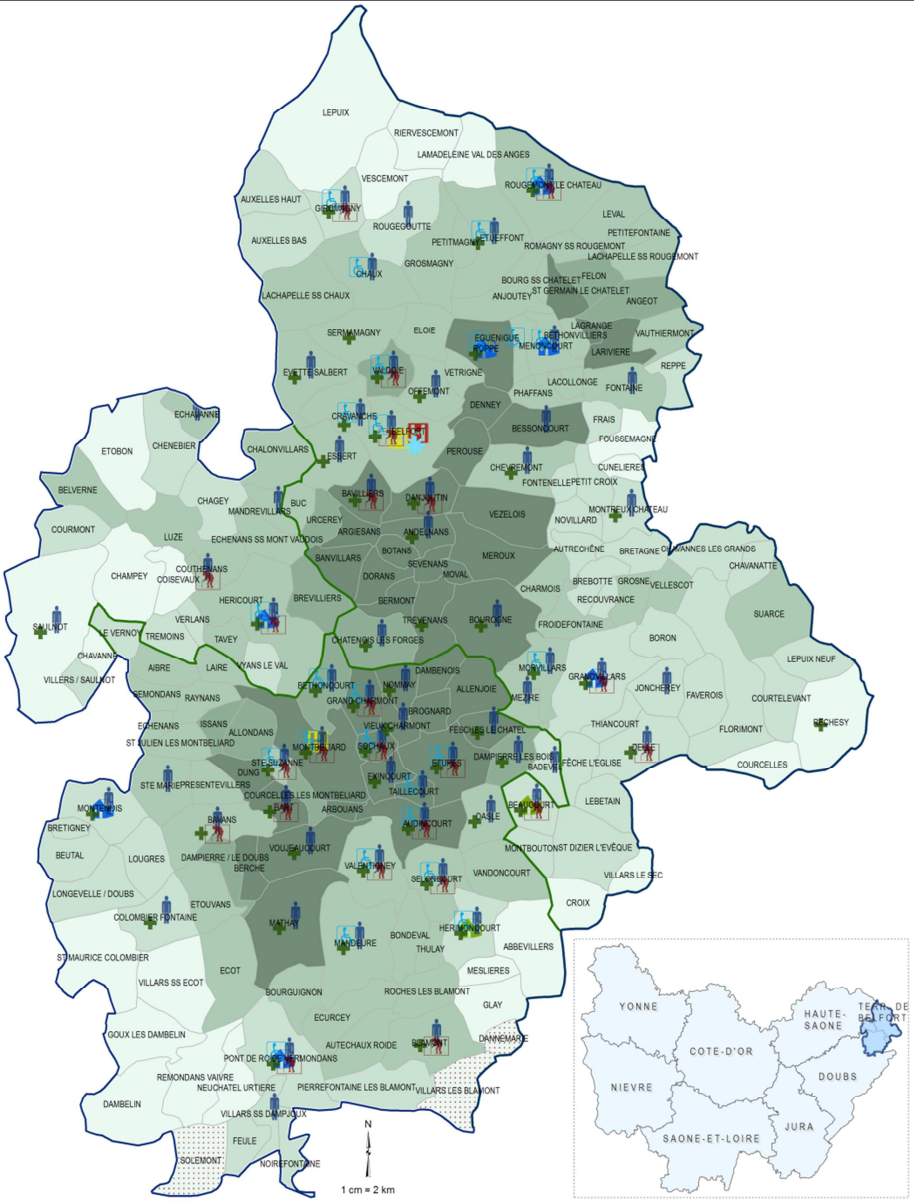
Ce document permet de dresser des premiers éléments de contexte et de constat et de présenter certains axes qui pourraient être travaillés dans le cadre d'un contrat local de santé sur le territoire du Nord Franche-Comté à l'échéance du 2ème semestre 2018 en partenariat avec les acteurs de la santé, les élus du territoire et les usagers.

POLE METROPOLITAIN NORD FRANCHE-COMTE

EN BREF…

Nombre de communes : 198
Superficie : 1225,37 km²
Densité de population : 250,2 hab./km²
Part de la population régionale : 10,9 %

Communes les plus peuplées (Population au 1/1/2013 et % du territoire)		
Belfort	50 196	16,4
Montbéliard	25 697	8,4
Audincourt	14 552	4,8
Valentigney	10 264	3,4
Héricourt	9 896	3,2



Etablissements de santé

- Centre Hospitalier Régional (CHR)
- Centre Hospitalier (CH)
- CH spécialisé
- CH-ex Hôpital Local
- Clinique, Polyclinique
- Temps d'accès aux urgences > 30 min

Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

- MSP ouvertes
- MSP - Ouvertures prévues en 2016-2017
- MSP - Projets de santé validés - Ouvertures ultérieures
- Maison des spécialistes : projet de santé validé
- Projets en réflexion- Etat projet de santé avancé
- Centres de Santé de 1er recours

APL en Médecins Généralistes (ETP pour 100 000 hab.)

- <=38,5
- 38,6 - 56,0
- 56,1 - 77,0
- 77,1 - 83,0
- 83,1 - 148,0
- Territoires de contractualisation ARS
- Limites départementales BFC

- Pôles de Santé de Territoires (siège)
- Présence d'une Pharmacie (1 ou plrs)
- Offre en Médecin(s) Généraliste(s) (1 ou plrs MG)
- Offre pour personnes handicapées (1 ou plrs structure(s))
- Offre pour personnes âgées (1 ou plrs structure(s))
- Hôpital de Proximité (arrêté du 23/06/16)

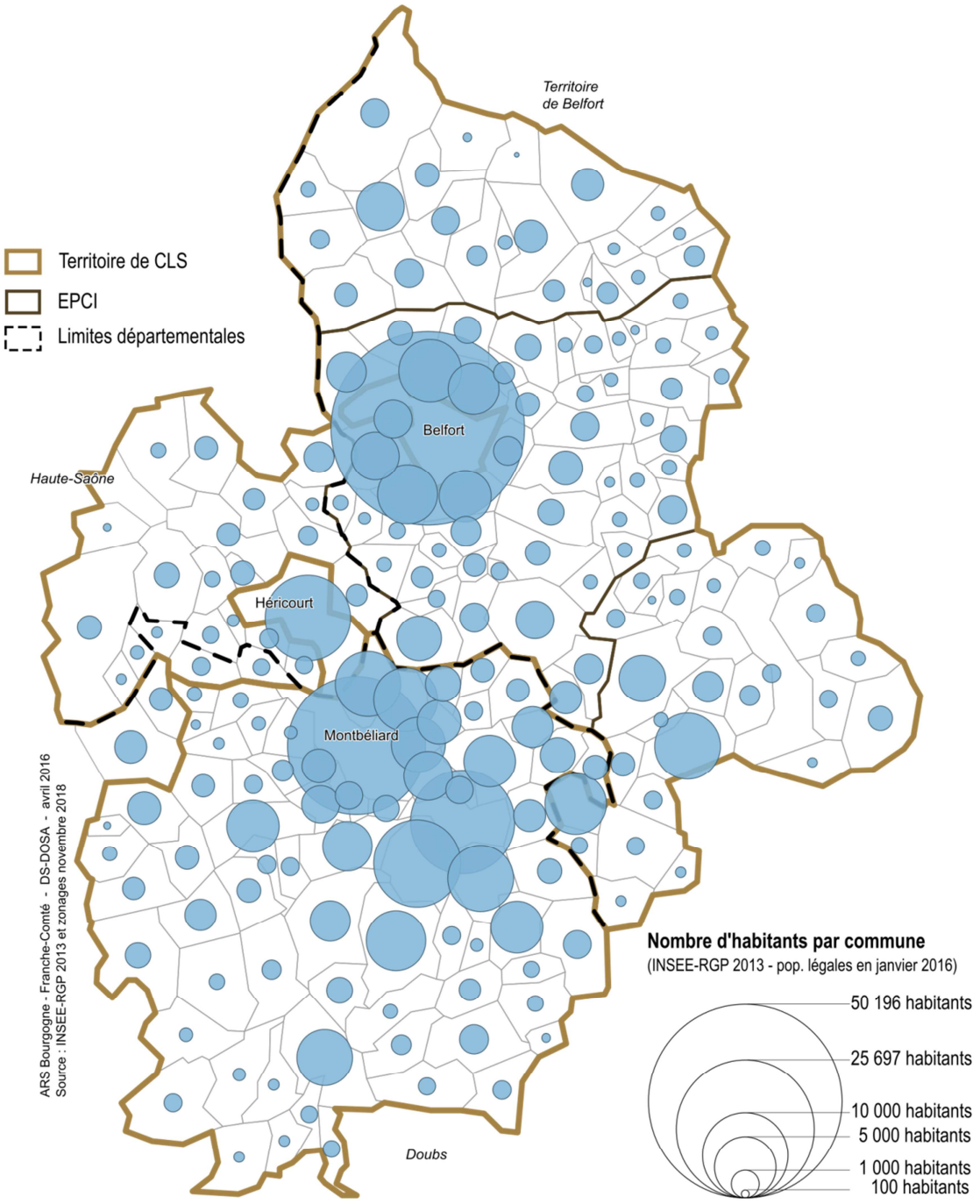
Sources : Insee, Finess, RPPS, Metric, Données ARS BFC
Exploitation ARS BFC / DS / DOSA (ArcMap – Oct. 2016)

Partie 1- Le contexte : un milieu urbain et dense centré sur Belfort, Montbéliard et Héricourt

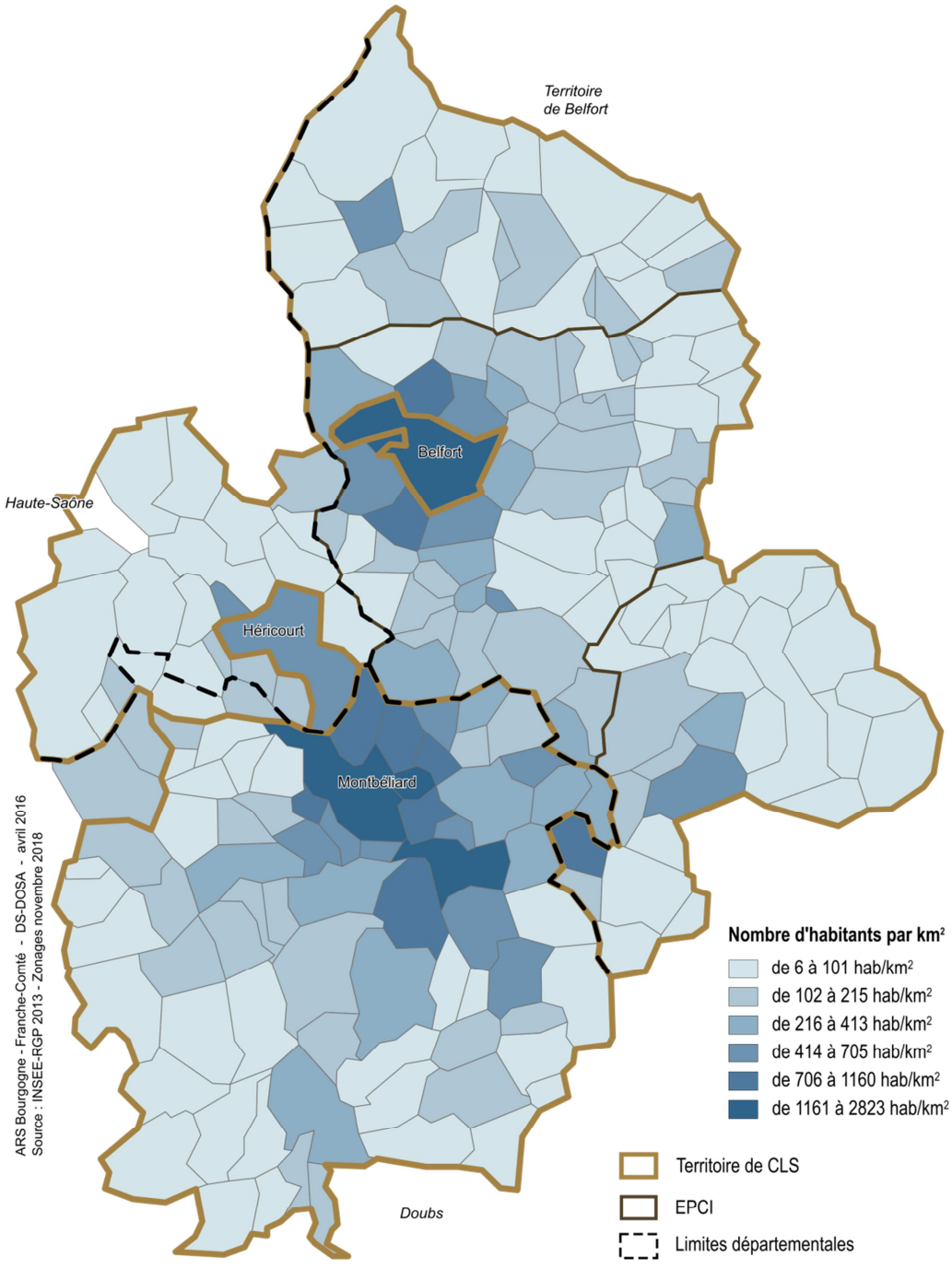
Le Pôle métropolitain réunit en fait plusieurs agglomérations (regroupés en cinq EPCI – établissement public de coopération intercommunale) et se trouve à l'intersection de trois départements : les communautés d'agglomération de Montbéliard (142 000 hab. / 72 communes) et de Belfort (107 788 hab. / 53 communes) et la communauté de communes du Pays d'Héricourt (20 913 hab./ 24 communes) représentent ensemble au 1er janvier 2017 (suite loi NOTRé) plus des trois quarts de la population du pôle métropolitain.

Les deux cartes ci-après montrent bien que la majorité de la population du pôle est concentrée sur ces trois agglomérations qui se trouvent au centre du territoire et sont assez proches les unes des autres pour constituer en réalité un même espace urbain. Cette configuration ne sera pas sans conséquences sur les questions d'accessibilité, et en particulier sur celle du site de l'HNFC implanté à Trévenans, qui est équidistant de Belfort et Montbéliard.

Répartition de la population totale des communes



Densité communale de population



Le profil du territoire

Le traitement statistique par analyse multivariée de 19 variables actives et 27 variables illustratives[1] (socio-démographie, santé, environnement, offre sanitaire et médicosociale) a permis d'établir la classification des 115 EPCI en 5 classes. Pour chaque classe, les territoires qui en font partie ont le plus de caractéristiques en commun, tout en se distinguant le plus de ceux des autres classes.

Classe 1 territoires périurbains favorisés (28 EPCI) : Ces territoires sont périurbains socialement favorisés, avec une population jeune et en âge d'activité, qualifiée, et en termes de CSP une surreprésentation de professions intermédiaires et cadres. Ils sont en situation de sous-mortalité pour plusieurs causes (cancers, traumatismes, mortalité liée à l'alcool et au tabac, mortalité prématurée et générale). Ils présentent une sous-morbidité (hospitalisations évitables, hospitalisations toutes causes et ALD pour pathologies mentales). La précarité énergétique due à la mobilité est élevée.

Classe 2 territoires frontaliers favorisés (9 EPCI) : Ces EPCI ruraux sont socialement favorisés principalement situés le long de la frontière suisse. Ils présentent une population jeune et un taux de natalité élevé. La situation environnementale est globalement favorable (moindre précarité énergétique liée à la mobilité). Du point de vue sanitaire, ces territoires sont en sous-mortalité générale, prématurée et par traumatismes, liée à l'alcool et au tabac et respiratoire. Globalement en sous-morbidité (hospitalisations), ces territoires sont également en sous densité de médecins généralistes et infirmiers.

Classe 3 aires urbaines contrastées (17 EPCI) : Cette classe regroupe principalement les aires urbaines et leur couronne, marquées par des situations contrastées. Sont réunies : une précarité liée aux logements, plus de chômage, plus de jeunes non diplômés et un mode de vie isolé fréquents et également une population favorisée (cadres,…). Ces territoires présentent une sous-mortalité générale, par maladies cardiovasculaires et par traumatismes. Ils présentent une sur-morbidité pour maladies mentales. Ces territoires sont les mieux pourvus en offre sanitaire.

Classe 4 territoires ruraux défavorisés (41 EPCI) : Ces territoires sont faiblement peuplés et sont défavorisés socialement avec une surreprésentation d'ouvriers, en sur-mortalité générale, pour maladies cardiovasculaires et traumatiques. Les taux d'hospitalisation (toutes causes et pour maladies cardiovasculaires) sont supérieurs à la moyenne régionale. On note une part élevée de ménages en situation de précarité énergétique. Ces territoires présentent des densités de professionnels de santé inférieures à la densité régionale.

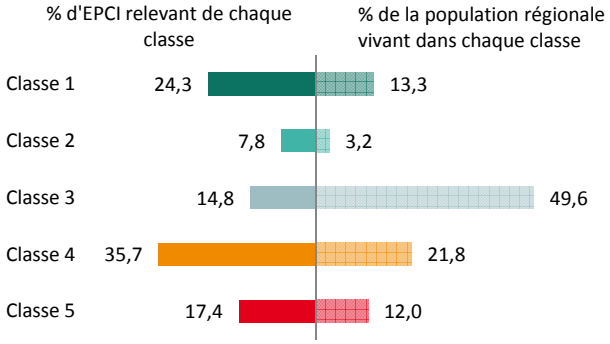
Classe 5 territoires ruraux âgés et défavorisés (20 EPCI) : Ces EPCI sont ruraux avec une population âgée, socialement peu favorisée. On relève une forte proportion de jeunes peu diplômés, un chômage important, et une part de bénéficiaires de minimas sociaux importante. Ces EPCI sont en surmortalité : générale, prématurée et prématurée évitable, comme pour les principales causes de décès (cancers, appareil respiratoire et cardio-vasculaire, liées au tabac et à l'alcool). Ils présentent un taux d'hospitalisation pour cancer et maladies de l'appareil digestif supérieur à la moyenne, et des taux d'affections de longue durée diabète et troubles mentaux également supérieurs. Ces territoires présentent des densités de professionnels de santé les plus faibles de la région.

1 Les méthodes employées font partie des techniques d'analyses multidimensionnelles. Les variables actives servent à calculer les plans factoriels de l'ACP et également à définir les différentes classes d'EPCI alors que et les variables illustratives servent à enrichir l'interprétation de ces classes.

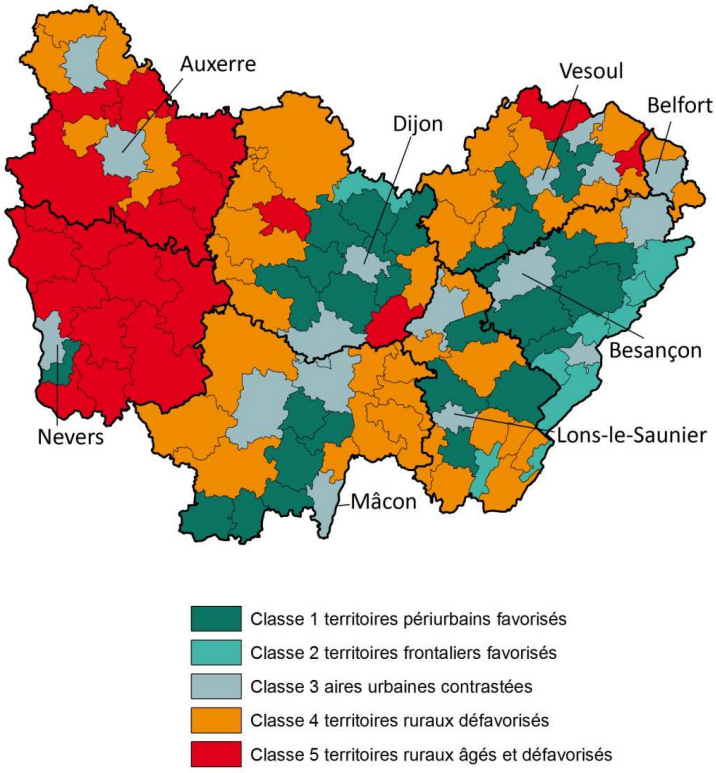
Répartition des EPCI et de la population selon la classe Francs-Comtois en 5 classes

	Population	Nombre d'EPCI
	375 079	28
Classe 2	90 866	9
Classe 3	1 399 446	17
Classe 4	615 979	41
Classe 5	338 413	20

Poids de chaque classe dans la région



Typologie des EPCI Bourguignons-



Sources : Insee (RP 2013), Inserm CépiDc, ATHI PMSI, CNAMTS RSI, MSA, ARS BFC, exploitation ORS

1- Données démographiques, socio-économiques.

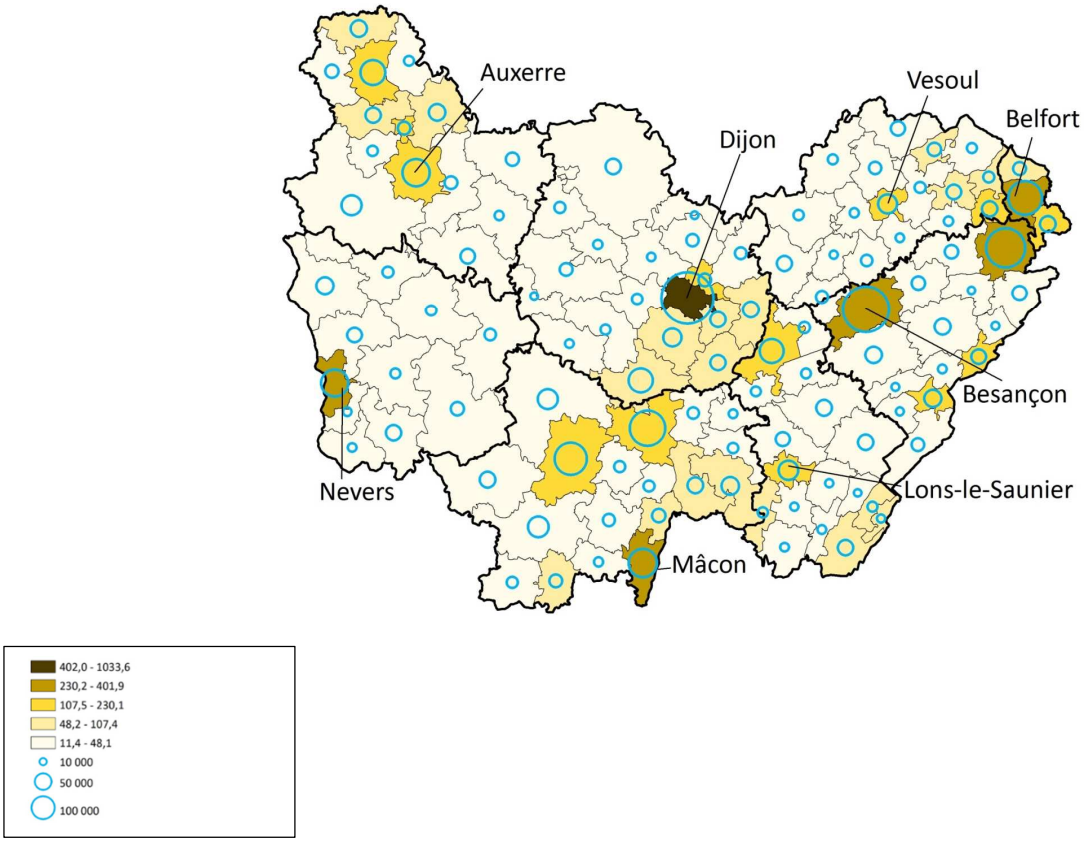
En 2013, la Bourgogne-Franche-Comté compte près de 2 819 800 habitants soit 59 habitants au km². La densité de population est nettement plus importante en Franche-Comté, du fait notamment d'un territoire plus petit en superficie (73 habitants au km² vs 52), qu'en Bourgogne.

Les disparités infra-départementales sont fortement marquées. Le Territoire de Belfort ainsi que le département du Doubs enregistrent les densités de population les plus élevées, respectivement 237 et 102 habitants au km². À l'inverse, la Nièvre (32 habitants au km²), la Haute-Saône (45 habitants au km²) et l'Yonne (46 habitants au km²) sont les départements présentant les densités de population les plus faibles.

À l'échelle infra-départementale, la densité varie de 11 habitants au km² (principalement en dehors des principales agglomérations telles que Dijon, Besançon, Mâcon, Belfort, Montbéliard et Nevers) à 1 034 habitants au km² dans la communauté d'agglomération Dijonnaise.

Densité de la population au km² dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté

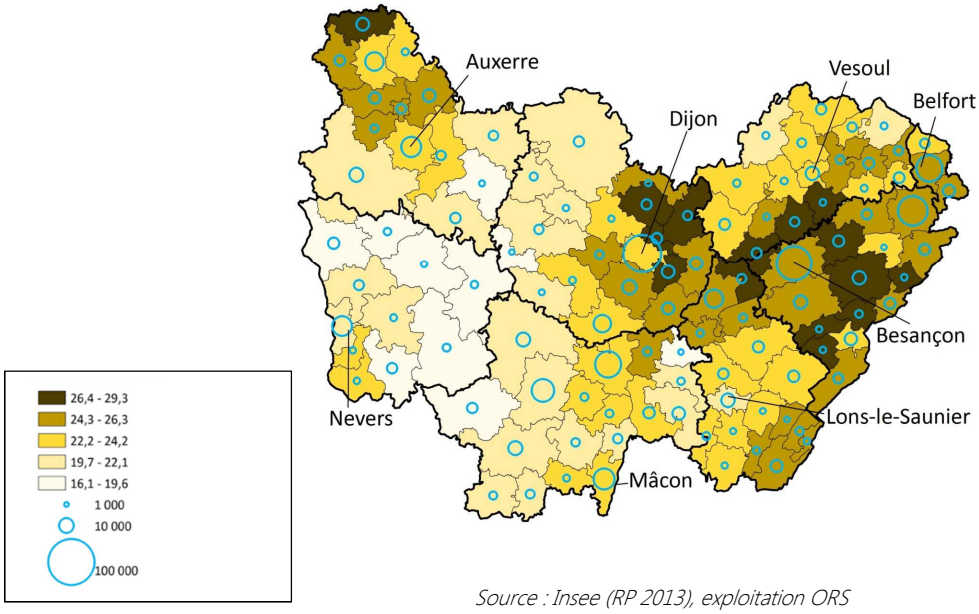
Sources : Insee (RP 2013), DGFiP (Service du Cadastre), exploitation ORS



La Bourgogne-Franche-Comté compte près de 660 100 jeunes de **moins de 20 ans** en 2013, soit 23,4 % des habitants. Les jeunes de moins de 20 ans vivent le plus souvent chez leurs parents et se retrouvent, comme les familles, concentrés autour des agglomérations urbaines. La part des jeunes de moins de 20 ans est plus élevée en Franche-Comté (24,5 vs 22,6).

Au niveau infra régional, la part des personnes âgées de moins de 20 ans dans la population varie. Ainsi, le Doubs (25 %), le Territoire de Belfort (25 %), le Jura (24 %) et la Haute-Saône (24 %) enregistrent les parts de moins de 20 ans les plus importantes. Au contraire, la Nièvre (20 %) et la Saône-et-Loire (22 %) présentent les proportions les plus faibles.

Parts des moins de 20 ans dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté



Source : Insee (RP 2013), exploitation ORS

En 2013, la Bourgogne-Franche-Comté compte près de 765 000 **habitants de 60 ans et plus**, ce qui représente près de 27,1 % de la population régionale, contre 24,2 % en France métropolitaine ; près de 300 000 personnes âgées de 75 ans et plus soit 10,6 % vs 9,2 % en France métropolitaine, et près de 95 000 personnes âgées de 85 ans et plus soit 3,4 % vs 2,9 % au niveau national.

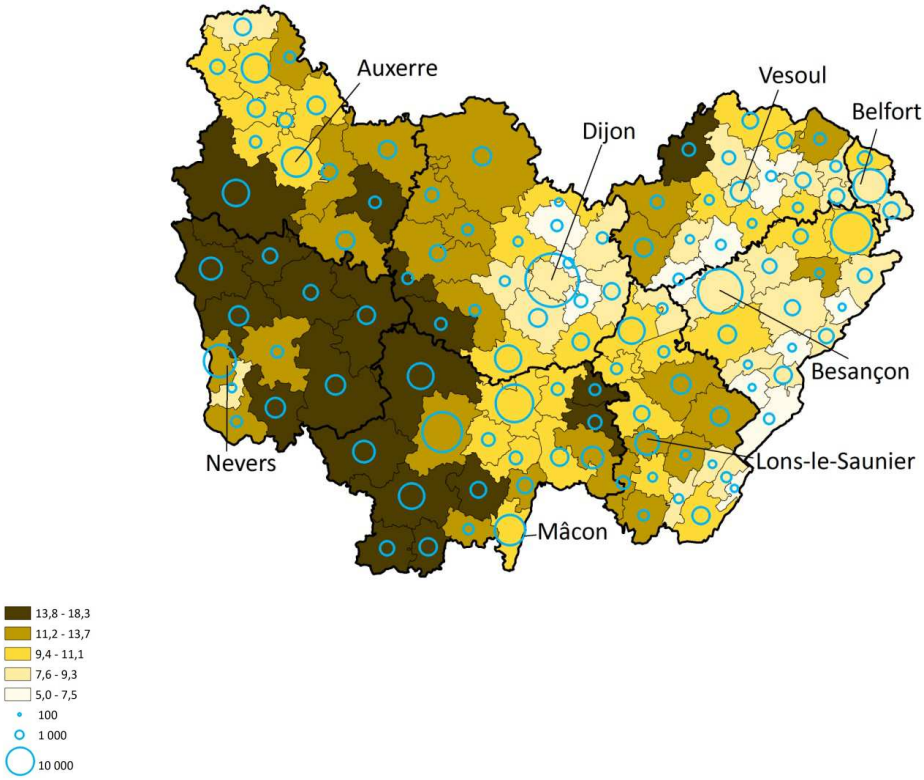
Des disparités territoriales existent dans la région, la Bourgogne compte une part plus importante de personnes âgées de 60 ans et plus que la Franche-Comté. Les départements de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne présentent, quelle que soit la classe d'âge observée, les proportions de personnes âgées les plus importantes.

Effectifs et parts de personnes âgées par départements en Bourgogne-Franche-Comté

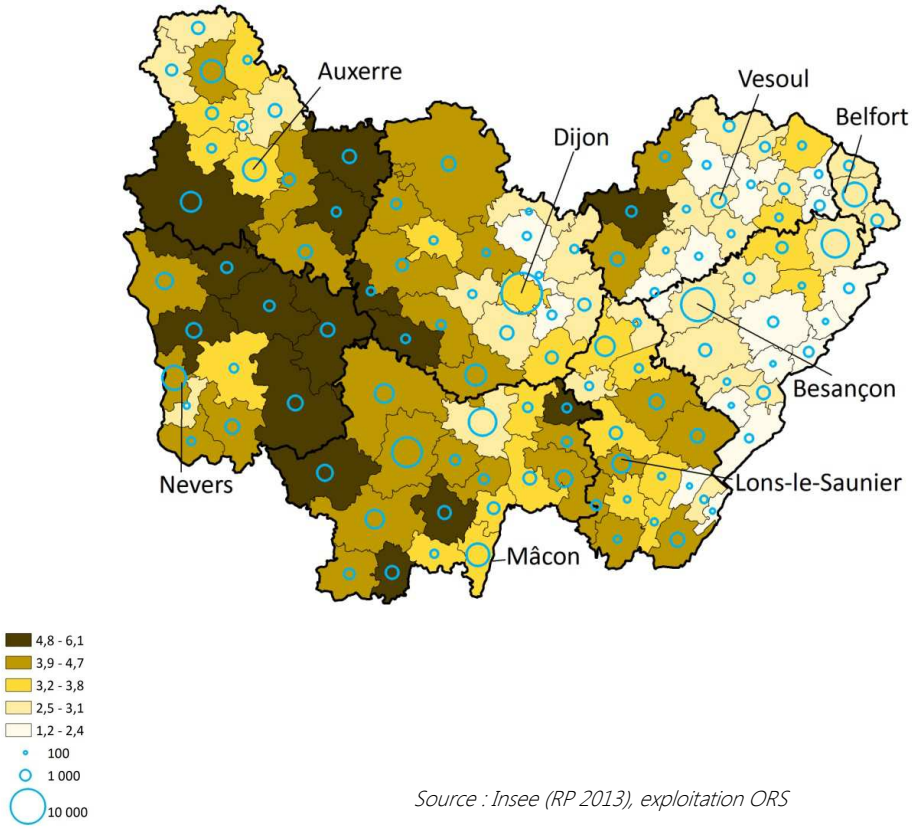
	Personnes de 60 ans et plus		Personnes de 75 ans et plus		Personnes de 85 ans et plus	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Côte-d'Or	131 792	24,9	50 555	9,5	16 832	3,2
Nièvre	73 104	34,0	29 905	13,9	9 644	4,5
Saône-et-Loire	167 459	30,1	67 744	12,2	21 639	3,9
Yonne	97 651	28,6	38 471	11,3	12 717	3,7
BOURGOGNE	**470 006**	**28,6**	**186 675**	**11,4**	**60 832**	**3,7**
Doubs	124 621	23,4	46 575	8,7	13 631	2,6
Jura	71 546	27,5	28 273	10,9	9 407	3,6
Haute-Saône	64 192	26,9	23 748	9,9	7 072	3,0
Territoire de Belfort	33 282	23,1	12 606	8,7	3 770	2,6
FRANCHE-COMTE	**293 641**	**24,9**	**111 202**	**9,4**	**33 880**	**2,9**
BFC	**763 647**	**27,1**	**297 877**	**10,6**	**94 712**	**3,4**
France métropolitaine	15 429 277	24,2	5 884 409	9,2	1 836 961	2,9

Source : Insee (RP 2013), exploitation ORS

Parts des personnes de 75 ans et plus dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté



Parts des personnes de 85 ans et plus dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté



Source : Insee (RP 2013), exploitation ORS

Partie 2. Prévention et Promotion de la santé

La prévention en matière de santé constitue un défi majeur.

La formalisation d'une politique publique de prévention, dans un système de santé trop longtemps construit autour d'une démarche essentiellement curative, est récente. Or, la prévention comme les soins curatifs font nécessairement partie d'une politique globale de santé.

La promotion de la santé permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel. Il s'agit d'une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Elle utilise pour cela un grand nombre de moyens, dont l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication de masse, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel.

La prévention universelle concerne la population générale ou certains groupes (par exemple, les écoliers) sans tenir compte des risques individuels. Elle vise à faire acquérir à chacun les compétences et les connaissances utiles pour préserver sa santé et à mettre à sa disposition les ressources qui lui permettront de faire des choix favorables à sa santé. Elle renvoie à l'idée de "promotion de la santé".
La prévention universelle est transversale à plusieurs parcours. Ainsi, les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique du plan national nutrition santé (PNNS) visent, non seulement à lutter contre l'obésité, mais également à prévenir certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer…) et à favoriser un vieillissement en bonne santé. Il en est de même de la prévention de l'entrée dans la consommation de substances psychoactives : elle s'appuie sur le développement des compétences psychosociales qui participent également, par exemple, à limiter la prise de risque en matière de comportement.
L'objectif général est de développer sur l'ensemble du territoire et en priorité sur les territoires les plus sensibles (notamment territoires « politique de la ville ») une politique de prévention adaptée aux besoins spécifiques de chaque public, en coordination avec les différents acteurs concernés et des interventions de qualité. Les actions de prévention sont en effet portées par de multiples acteurs et bénéficient de financements divers alloués souvent plus en fonction de l'offre (effet guichet) qu'en fonction des besoins. Cela conduit à une couverture très hétérogène des territoires en matière de prévention qui contribue aux inégalités de santé. Il convient de changer l'approche et de construire une offre de prévention accessible à tous.

LA PREVENTION DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

Le titre 1 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 prévoit de renforcer la prévention et la promotion de la santé. C'est aussi l'une des priorités des ARS qui ont développé depuis leur création en 2010, une approche ciblée pour répondre au plus près des besoins de la population et répondre ainsi à la problématique des inégalités territoriales de santé.

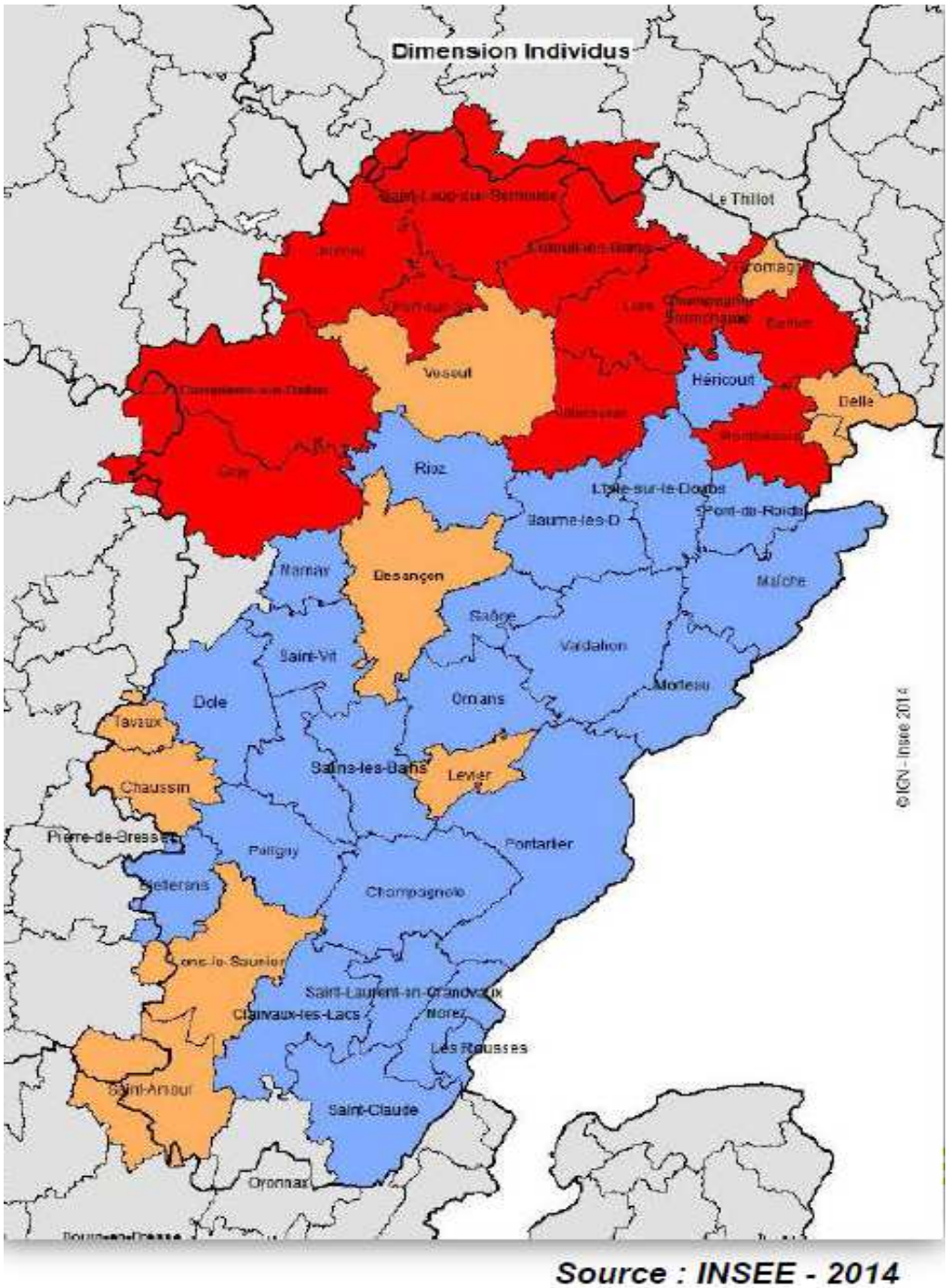
Pour cela, elles mettent en œuvre des programmes adaptés aux spécificités territoriales en s'appuyant sur des opérateurs compétents en particulier les associations de prévention et les professionnels de santé et dans des cadres réglementaires tels que les Contrats locaux de santé (CLS) et les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ainsi, les contrats locaux de santé déjà conclus sur le territoire Nord Franche-Comté (CLS de la ville de Belfort, contrat de la communauté de communes du Pays d'Héricourt et contrat du Pays de Montbéliard Agglomération) investissent très largement le champ de la prévention et de la promotion de santé et intègrent des objectifs consistant à « inciter, favoriser et promouvoir les comportements individuels favorables à la santé » permettant notamment de travailler sur des actions pour :

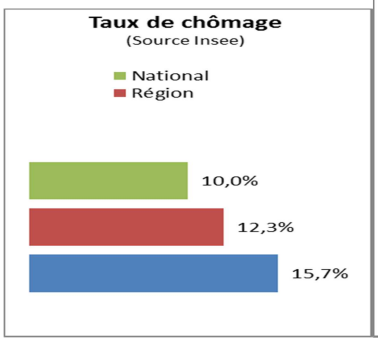
- Augmenter la participation aux campagnes de dépistages organisés des cancers (nombreuses actions dans le cadre des campagnes nationales octobre rose, mars bleu),
- Développer des programmes de développement des compétences psycho-sociales,
- Améliorer la couverture vaccinale des jeunes adultes,
- Inciter la population à l'activité physique,
- Développer des actions de prévention à destination des publics des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV),
- Amélioration de la santé environnementale.

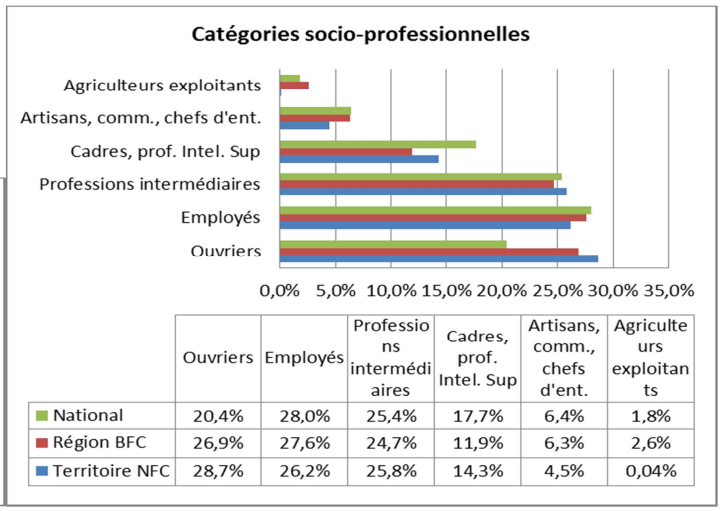
LES CONSTATS

① Les **données démographiques et socio-économiques** qui caractérisent le territoire Nord Franche Comté (NFC) (cf. carte ci-dessous – source INSEE 2014), permettent de constater qu'en croisant 7 indicateurs (que sont la pauvreté monétaire, l'emploi, le chômage de longue durée, les familles monoparentales, le retard scolaire à l'entrée en 6ème, les ALD, les personnes vivant dans un habitat potentiellement indigne), la population du Territoire de Belfort et du Pays de Montbéliard cumulent les difficultés.



Les **populations de ces territoires sont potentiellement plus fragiles** et doivent bénéficier d'actions d'éducation à la santé qui leur permettent d'avoir des comportements individuels et collectifs favorables à leur santé.





	Ouvriers	Employés	Professions intermédiaires	Cadres, prof. Intel. Sup	Artisans, comm., chefs d'ent.	Agriculteurs exploitants
National	20,4%	28,0%	25,4%	17,7%	6,4%	1,8%
Région BFC	26,9%	27,6%	24,7%	11,9%	6,3%	2,6%
Territoire NFC	28,7%	26,2%	25,8%	14,3%	4,5%	0,04%

Le **taux de pauvreté** correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur, pour une année donnée, au seuil de pauvreté, c'est-à-dire à la moitié du revenu médian de la population totale (*OCDE*). En 2013, le taux de pauvreté en Bourgogne-Franche-Comté est inférieur au taux national (13 % vs 14,5 %) toutes classes d'âges confondues.

Il existe des disparités marquées entre les départements. La Nièvre (15,5 %), le Territoire de Belfort (15,1 %), la Haute-Saône (14,3 %) et l'Yonne (13,9 %) présentent les taux de pauvreté les plus élevés. À l'inverse, on observe les taux les plus faibles en Côte-d'Or (11,1 %), dans le Jura (12,3 %) ainsi que dans le Doubs (12,5 %).

A noter que le territoire Nord Franche-Comté compte 13 **quartiers prioritaires de la politique de la ville** (QPV) dont 7 QPV sur PMA, 5 QPV sur le Territoire de Belfort et 1 QPV sur la CC du pays d'Héricourt qui ont tous fait l'objet de contrats ville avec un volet santé travaillé dans les CLS. Les quartiers du territoire Nord Franche Comté représentent environ 37 000 habitants qui cumulent régulièrement plusieurs types de difficultés d'ordre social, économique, sanitaire, d'accessibilité, etc.

En 2015, en Bourgogne-Franche-Comté, 191 110 personnes affiliées au régime général (RG) d'assurance maladie bénéficient de la **couverture maladie universelle-complémentaire** (CMU-C), soit 9 % des assurés du RG de 16 ans et plus. Ce taux est inférieur de près de 2 points à celui observé en France métropolitaine. Au niveau départemental, le Territoire de Belfort (12,1 %), la Nièvre (10,3 %) et l'Yonne (10,3 %) présentent des taux de bénéficiaires de la CMU-C parmi les assurés du RG, les plus importants, au contraire des départements du Jura (6,5 %) et de la Haute-Saône (7,9 %).

② Près de 28 000 Bourguignons-Francs-Comtois décèdent en moyenne chaque année ; 51 % d'entre eux sont des hommes (période 2009-2013).
Avec 80,1 décès pour 10 000 habitants, la région se caractérise par une **surmortalité générale** par rapport à celle observée en France métropolitaine (78,3/10 000), et ceci en particulier chez les hommes.

Par ailleurs, des disparités existent entre les départements : la Saône-et-Loire et le Jura présentent des taux de mortalité générale proches de celui de France métropolitaine, tandis qu'ils sont significativement inférieurs en Côte-d'Or et dans le Doubs. Les 4 autres départements enregistrent des taux significativement supérieurs. À l'échelle infra-départementale, le taux de mortalité varie presque du simple au double entre les EPCI.

Entre 2000-2004 et 2009-2013, la mortalité générale a globalement diminué en région (- 14.9 %), mais moins fortement qu'en France métropolitaine (-15,4 %). Les évolutions sont contrastées au niveau infra-départemental : la réduction de mortalité a été plus favorable que la moyenne française dans 25 des 109 EPCI, et moins favorable dans les 84 autres EPCI. On observe une tendance à l'augmentation de la mortalité dans 6 EPCI.

Le territoire NFC, quant à lui, connait une évolution favorable du taux standardisé de mortalité générale. En effet, entre la période 2000-2004 et la période 2009-2013, le taux standardisé de mortalité est passé de 83,8-114,7 à moins de 104,4 pour 10 000 habitants sur le territoire des 5 EPCI du NFC. Ainsi, il est constaté que chaque EPCI a amélioré ses taux significativement.
En 2013, les EPCI de Belfort et Montbéliard se distinguent par un taux standardisé de mortalité générale proche de la moyenne régionale de 73,5-83,7 (C/ 80,1 BFC). Malgré la baisse de mortalité générale sur son territoire, l'EPCI des Vosges du Sud garde un taux relativement élevé sur cette année de référence (94,1 à 104,4/10 000 habitants).

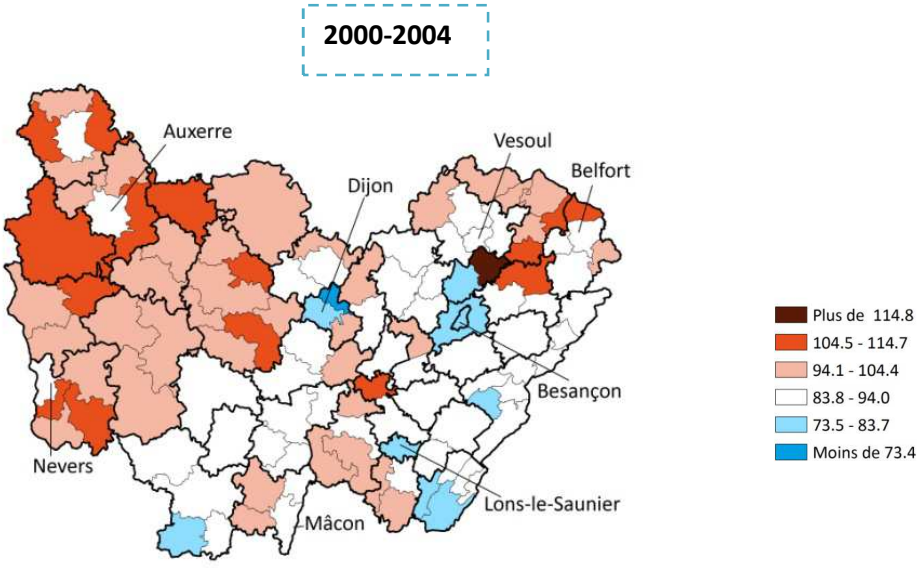
Mortalité générale dans les départements de Bourgogne-Franche-Comté

	Homme		Femme		Ensemble	
	Effectif	**Taux**	**Effectif**	**Taux**	**Effectif**	**Taux**
Côte-d'Or	2 307	100,5*	2 253	56,4*	4 560	74,5*
Nièvre	1 539	123,4*	1 425	64,3*	2 964	88,6*
Saône-et-Loire	3 093	105,6	2 976	59,4	6 069	78,6
Yonne	2 011	116,2*	1 944	66,7*	3 955	87,7*
BOURGOGNE	**8 950**	**109,0***	**8 598**	**60,8**	**17 547**	**80,8***
Doubs	2 153	101,7*	2 000	58,8*	4 153	76,5*
Jura	1 341	105,5	1 269	59,3	2 610	78,7
Haute-Saône	1 210	110,7*	1 129	63,7*	2 340	83,5*
Territoire de Belfort	618	110,0*	611	64,2*	1 229	82,8*
FRANCHE-COMTE	**5 322**	**105,4***	**5 009**	**60,6**	**10 331**	**79,2***
BFC	**14 272**	**107,6***	**13 606**	**60,7***	**27 878**	**80,1***
France métropolitaine	275 962	104,0	268 734	60,2	544 696	78,3

Effectifs annuels moyens et taux standardisés pour 10 000 hab. (pop. réf. : France RP06)

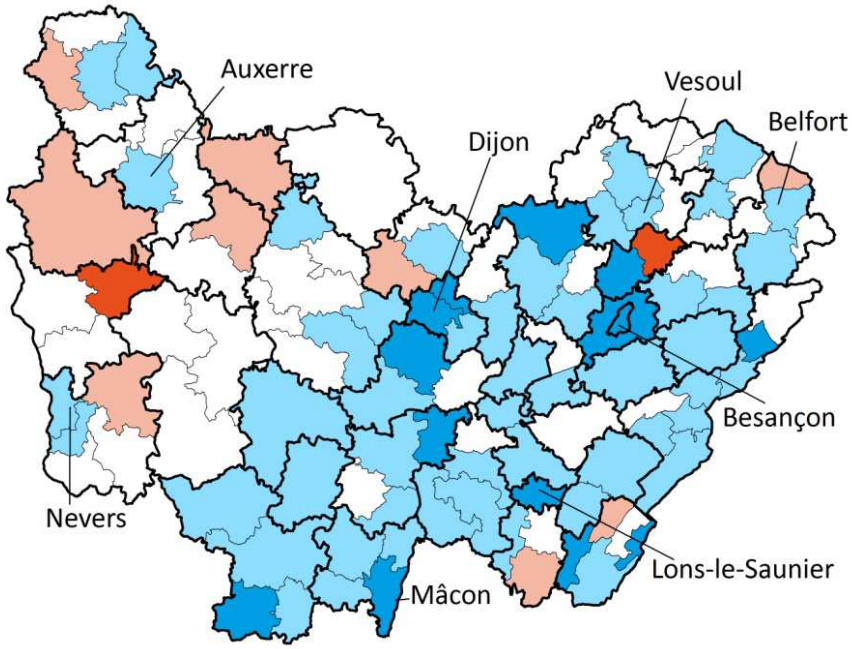
** Écart à la moyenne nationale statistiquement significatif* *Sources : Inserm CépiDC (2009-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS*

Mortalité générale des EPCI de Bourgogne-Franche-Comté : comparaison entre 2000-2004 et 2009-2013



Taux BFC : 94,2 Taux France métro. : 92,6

2009-2013



Taux BFC : 80.1 Taux France métro. : 78.3

Sources : Inserm CépiDC (2000-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS

③ Parmi les **décès prématurés évitables** dans la région, près de 70 % seraient évitables **du fait de modifications des comportements individuels** en particulier une réduction des comportements à risque et des addictions.
Avec 6,1 décès prématurés, pour 10 000 habitants, évitables par la modification des comportements individuels, la région affiche une surmortalité par rapport à la France métropolitaine (5,7 décès prématurés pour 10 000 habitants).

Des disparités entre les départements sont observées : la Nièvre, la Saône-et-Loire, l'Yonne et la Haute-Saône sont en surmortalité, tandis que la Côte-d'Or présente un taux significativement inférieur au taux de France métropolitaine. Les 3 autres départements (dont Doubs et Territoire de Belfort) affichent un taux de mortalité proche du taux de France métropolitaine, inférieur au taux BFC.

Par ailleurs, l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, surtout en dépistant et en intervenant plus efficacement sur d'autres causes, permettrait d'éviter plus de 30 % des décès prématurés évitables.

Mortalité prématurée évitable selon les modalités d'action dans les départements de Bourgogne-Franche-Comté

	Amélioration de la prise en charge		Modification des comportements individuels	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côte-d'Or	123	2,6	238	5,0*
Nièvre	76	3,4*	170	8,2*
Saône-et-Loire	133	2,6	314	6,2*
Yonne	112	3,5*	223	7,1*
BOURGOGNE	**443**	**2,9***	**945**	**6,3***
Doubs	131	2,9	254	5,6
Jura	60	2,5	141	6,1
Haute-Saône	60	2,6	138	6,3*
Territoire de Belfort	37	2,9	69	5,6
FRANCHE-COMTE	**288**	**2,7**	**603**	**5,9**
BFC	**732**	**2,8**	**1 548**	**6,1***
France métropolitaine	15 362	2,7	31 426	5,7

Effectifs annuels moyens et taux standardisés pour 10 000 hab. (pop. réf. : France RP06)

* Écart à la moyenne nationale statistiquement significatif. *Sources : Inserm CépiDC (2009-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS*

En termes de mortalité prématurée évitable, le Territoire NFC a réussi à infléchir son taux standardisé de décès prématurés évitables. Alors que les cinq EPCI recensaient entre 8,9 et 13,4 décès prématurés évitables/10 000 habitants en 2000, ce taux s'établissait en deçà de 11,1 en 2013. Si certains EPCI (PMA et Sud Territoire) ont maintenu leur taux entre 8,9 et 11,1, d'autres ont réussi à fortement le diminuer, comme l'EPCI des Vosges du Sud pour atteindre un taux inférieur à 6,5/10 000 habitants en 2013.

④ En moyenne sur la période 2009-2013, les **maladies cardiovasculaires** ont provoqué près de 7 500 décès chaque année dans la région. Près de la moitié des décès (46,7 %) concerne des hommes.
Avec 20,7 décès pour 10 000 habitants, la Bourgogne-Franche-Comté est en surmortalité par maladies cardio-vasculaires par rapport à la France métropolitaine (19,8/10 000), tant chez les hommes que chez les femmes.

Des disparités sont observées entre les départements. La Saône-et-Loire et le Jura ont des taux de mortalité proches du taux de France métropolitaine, tandis que le taux de mortalité de la Côte-d'Or est significativement inférieur. Les autres départements présentent une surmortalité. À l'échelle infra-départementale, le taux de mortalité varie du simple au double entre les EPCI.

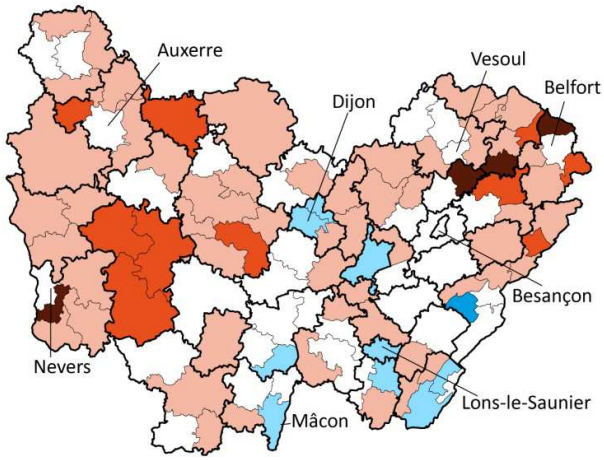
Entre 2000-2004 et 2009-2013, la mortalité prématurée évitable a globalement diminué en région (-26,7 %), mais moins fortement qu'en France métropolitaine (-28,1 %). Les évolutions sont contrastées au niveau infra-départemental : la réduction de mortalité par maladies cardio-vasculaires a été plus favorable que la moyenne française dans 23 des 112 EPCI enregistrant une baisse de mortalité au cours de la période, et moins favorable dans les 89 autres EPCI. On observe une tendance à l'augmentation de la mortalité dans 3 EPCI.

A l'échelle du NFC, une forte diminution est constatée entre ces mêmes périodes. Les taux standardisés de mortalité par maladies cardio-vasculaires se situaient, sur la période 2000-2004, entre 22,9 à plus de 37,3/10 000 habitants, alors qu'ils se situent, pour la période 2009-2013, entre 18,1 et 32,4.

L'EPCI des Vosges du Sud, compte encore en 2013 une mortalité par maladies cardio-vasculaires supérieure à 27,7/10 000 habitants, seuls les EPCI de PMA et Belfort présentent en 2013 un taux de 18,1-22,8 voisin de la moyenne nationale (19,8). Le NFC détient une moyenne encore supérieure aux niveaux national et régional en 2013.

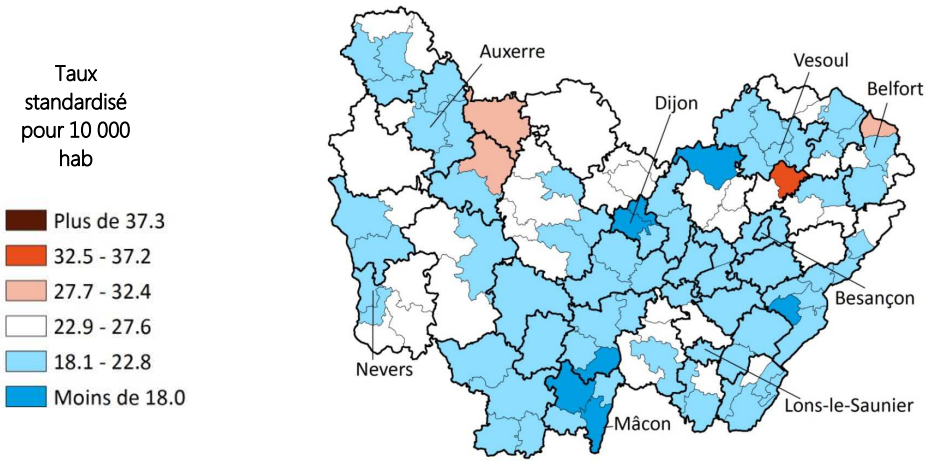
Mortalité par maladies cardio-vasculaires dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté : comparaison entre 2000-2004 et 2009-2013

2000-2004



Taux BFC : 28,2 Taux France métro. : 27,6

2009-2013



Taux BFC : 20,7 Taux France métro. : 19,8

Sources : Inserm CépiDC (2000-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS

⑤ En moyenne, sur la période 2009-2013, **les cancers** sont en cause dans 7 600 décès chaque année dans la région. Près de 60 % de ces décès concernent des hommes.

Avec 22,7 décès pour 10 000 habitants, le taux régional de mortalité par cancers est légèrement supérieur au taux en France métropolitaine (22,5/10 000), tant chez les hommes que chez les femmes.

Des disparités sont observées entre les départements. La Nièvre et l'Yonne présentent des taux de mortalité par cancers significativement supérieurs au taux en France métropolitaine, tandis qu'ils sont significativement inférieurs en Saône-et-Loire, dans le Doubs et le Jura.

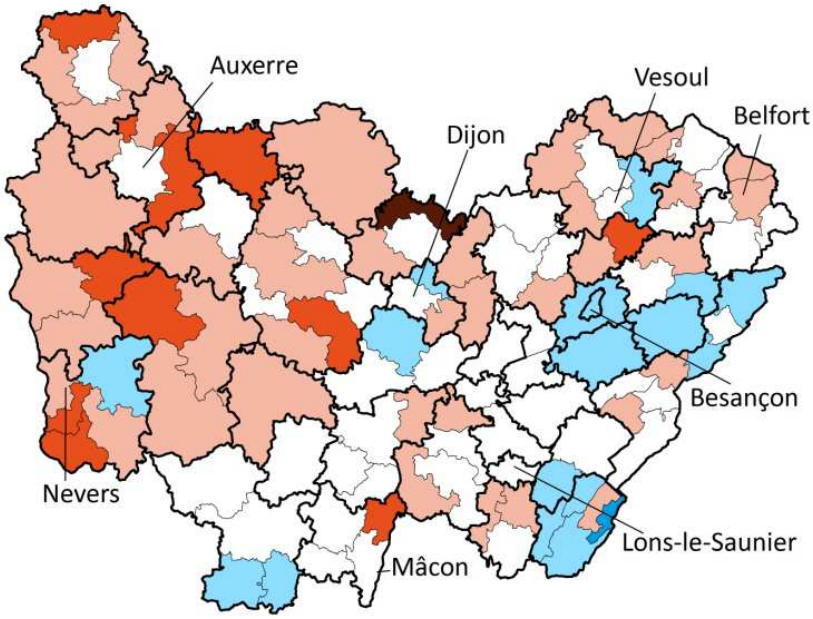
Entre 2000-2004 et 2009-2013, la mortalité par cancers a globalement diminué en région (-10,7 %), mais moins fortement qu'en France métropolitaine (-11,4 %). Les évolutions sont contrastées au niveau infra-départemental : la réduction de mortalité a été plus favorable qu'en France métropolitaine dans 49 des 91 EPCI enregistrant une baisse de mortalité au cours de la période, et moins favorable dans les 42 autres EPCI. On observe une tendance à l'augmentation de la mortalité dans 24 EPCI.

Sur le territoire Nord Franche-Comté, la mortalité par cancers se situait entre 22,9 et 32,4 décès pour 10 000 habitants sur la période 2000-2004, ce qui correspond à la fourchette moyenne du taux. Une amélioration est perceptible dès la période 2009-2013. En effet, la majorité du territoire a connu une régression du nombre de décès par cancers (entre 18.1 et 32.4), deux EPCI (PMA et Grand Belfort) parvenant à fixer son taux standardisé sous la barre des 22,8 décès pour 10 000 habitants, conforme au taux BFC et France entière.

Ainsi, le taux standardisé de la mortalité par cancers tend vers la moyenne nationale (22.5) et BFC (22.7) en 2013, avec toutefois un nombre de décès par cancers encore supérieur à 27,7 dans l'EPCI du Sud Territoire.

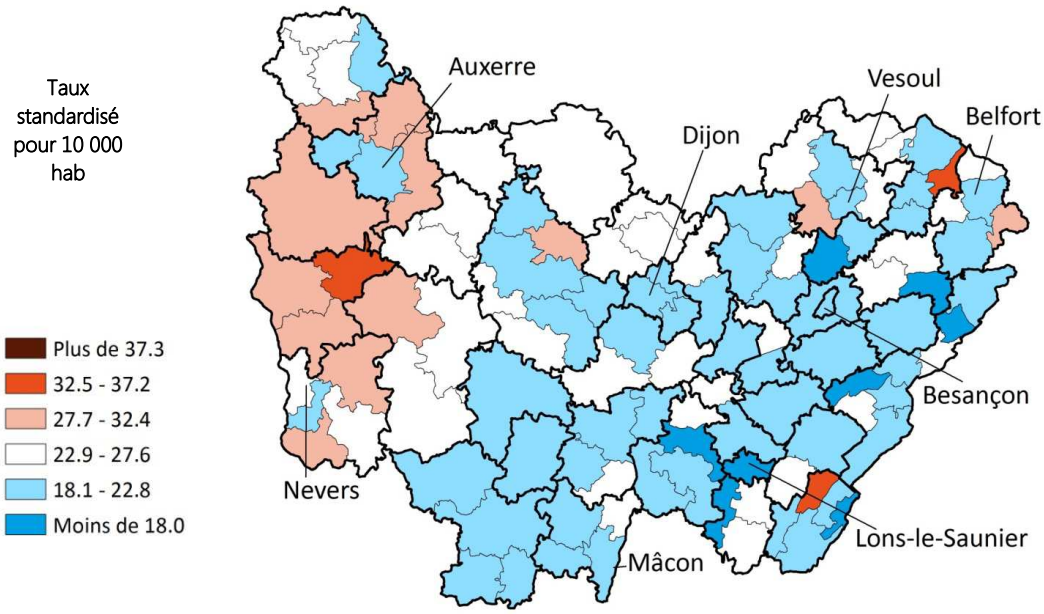
Mortalité par cancers dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté : comparaison entre 2000-2004 et 2009-2013

2000-2004



Taux BFC : 25,6 Taux France métro. : 25,3

2009-2013



Taux BFC : 22,7 Taux France métro. : 22,5

Sources : Inserm CépiDC (2000-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS

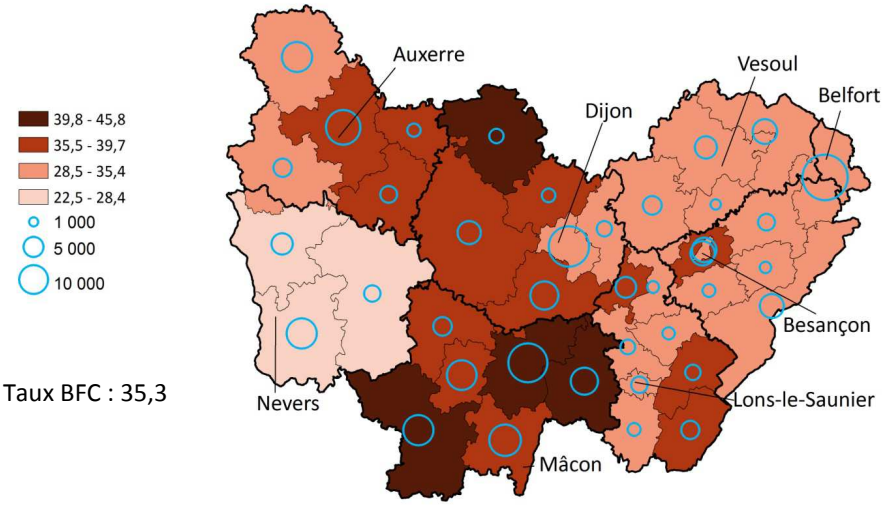
A noter, les **campagnes de dépistage organisé** du cancer colo-rectal et cancer du sein.

La baisse de la mortalité par cancers peut être mise en corrélation avec la montée en charge des campagnes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.

⇘ Malgré un faible taux de dépistage du cancer colorectal réalisé (entre 28,5 et 35,4%) pour un taux régional de 35,3, le territoire Nord Franche-Comté a renforcé le dépistage organisé du cancer du sein avec une moyenne de plus de 60% de personnes touchées. Il est à noter que le territoire NFC compte une concentration de plus de 10 000 personnes dépistées pour les deux types de cancers cités.

Taux de dépistage organisé pour les cancers du sein et côlon-rectum
par territoires de contractualisation ARS

côlon-rectum

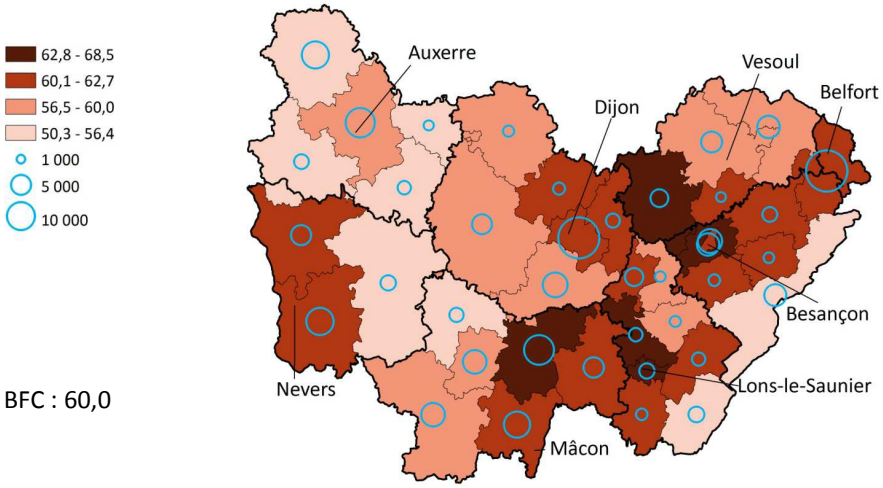


Taux BFC : 35,3

Sources : Adeca 21-Abidec 58, Ademas 71, Aidec 89, Adeca FC, Insee, exploitation ORS (2015-2016 en Bourgogne, 2014-2015 en Franche-Comté).

⇘ en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, le taux de dépistage se situe entre 60,1 et 62,7 %, conforma au taux moyen régional de 60,00 %.

Sein



Taux BFC : 60,0

Sources : Adeca 21-Abidec 58, Ademas 71, Aidec 89, Adeca FC, Insee, exploitation ORS (2015-2016 en Bourgogne, 2014-2015 en Franche-Comté).

⑥ En moyenne, sur la période 2009-2013, les **maladies respiratoires** sont en cause dans plus 1 700 décès chaque année dans la région. Plus d'un décès sur deux (53,6 %) concerne des hommes.

Avec 4,8 décès pour 10 000 habitants, le taux régional de mortalité par maladies respiratoires est équivalent au taux en France métropolitaine (4,9/10 000), en population générale comme chez les hommes. Le taux féminin est significativement inférieur au taux en France métropolitaine.

Des disparités sont observées entre les départements. Le Jura, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort présentent des taux de mortalité par maladies respiratoires significativement supérieurs aux taux en France métropolitaine, tandis qu'ils sont significativement inférieurs en Côte-d'Or, en Saône-et-Loire et dans le Doubs. À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité varient dans un rapport de 1 à 10 selon les EPCI.

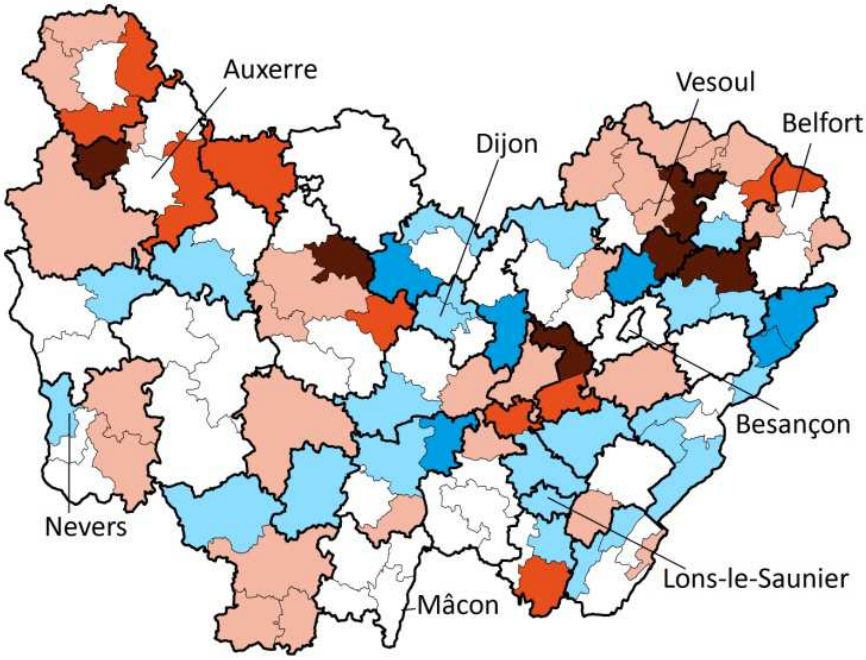
Entre 2000-2004 et 2009-2013, la mortalité par maladies respiratoires a globalement diminué en région (-17,3 %), mais moins fortement qu'en France (-16,4 %). Les évolutions sont contrastées au niveau infra-départemental : la réduction de mortalité a été plus favorable qu'en France métropolitaine dans 47 des 78 EPCI enregistrant une baisse de mortalité au cours de la période, et moins favorable dans les 31 autres EPCI. On observe une tendance à l'augmentation de la mortalité dans 37 EPCI.

A l'échelle du territoire NFC, une diminution des décès par maladies respiratoires est visible pour tous les EPCI. L'EPCI des Vosges du Sud le plus touché a réussi à diminuer son taux standardisé de mortalité par maladies respiratoires en deçà de 10/10 000 habitants ; les autres EPCI ont un taux inférieur à 8,4 décès par maladies respiratoires sur 10 000 habitants.

Au regard de ces observations, les EPCI du NFC détiennent encore un taux relativement important de mortalité liée à des maladies respiratoires en 2013 comparé à la moyenne nationale de 4,9 et régionale de 4,8 ; l'EPCI du Pays de Montbéliard Agglomération s'en rapprochant toutefois.

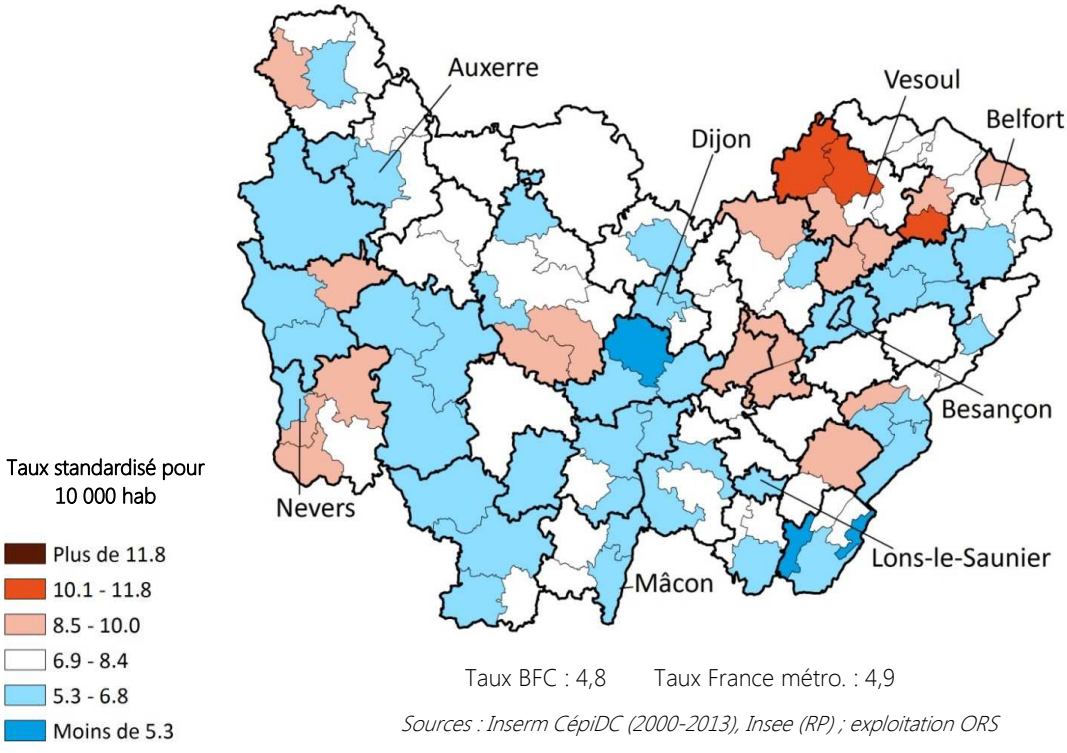
Mortalité par maladies respiratoires dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté : comparaison entre 2000-2004 et 2009-2013

2000-2004



Taux BFC : 5,8 Taux France métro. : 5,9

2009-2013



Taux BFC : 4,8 Taux France métro. : 4,9

Sources : Inserm CépiDC (2000-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS

⑦ Sur la période 2009-2013, on estime, en moyenne à plus de 3 300 le nombre annuel de **décès attribuables au tabac** en Bourgogne-Franche-Comté.

Avec 10,0 décès attribuables au tabac pour 10 000 habitants, la région est en surmortalité par rapport au taux en France métropolitaine (9,7/10 000).

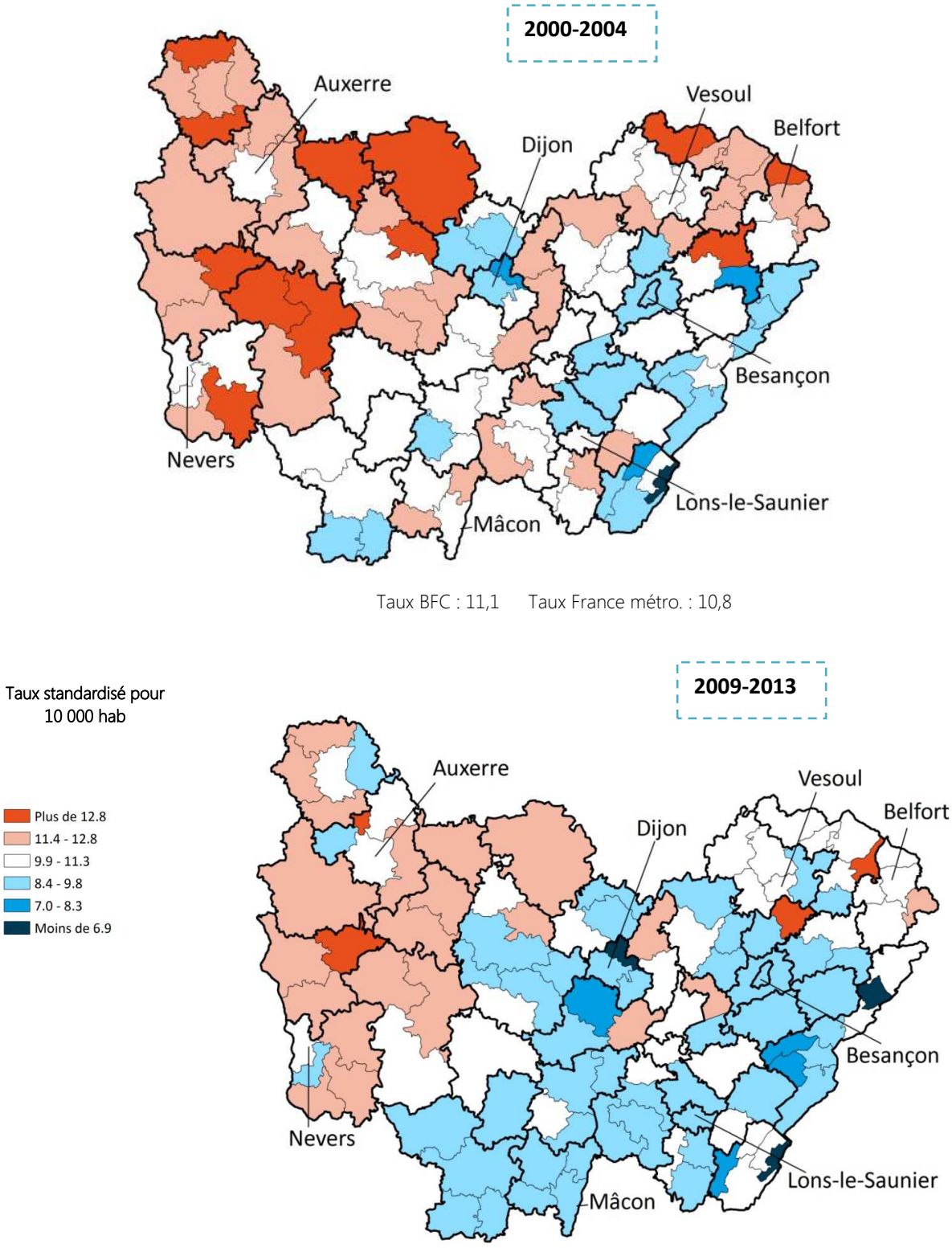
Cette situation de surmortalité est observée en particulier dans la Nièvre, l'Yonne et la Haute-Saône. Les autres départements ont des taux de mortalité proches du taux en France métropolitaine. À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité varient du simple au double selon les EPCI.

Entre 2000-2004 et 2009-2013, la mortalité attribuable au tabac a globalement diminué en région (-10,0 %), comme en France (-10,0 %). les évolutions sont contrastées au niveau infra-départemental : la réduction de mortalité a été plus favorable qu'en France métropolitaine dans 43 des 89 EPCI enregistrant une baisse de mortalité au cours de la période, et moins favorable dans les 46 autres EPCI. On observe une tendance à l'augmentation de la mortalité dans 26 EPCI.

↳ Un effort visible a été réalisé dans les EPCI du Nord Franche-Comté. En effet, sur la période 2000-2004, le taux de mortalité liée au tabac était supérieur à 9,9- 12,8 pour 10 000 habitants, dont l'un d'eux supérieur à 12,8 (Nord du Territoire), alors qu'entre 2009 et 2013 le taux était inférieur à 11,3 décès pour 10 000 habitants, sauf pour le Sud Territoire.

Malgré une importante régression, notamment dans l'EPCI des Vosges du Sud, le NFC connait en 2013 une situation de surmortalité liée du fait du tabac puisque les taux sont supérieurs aux taux régional (10,0) et au national (9.7).

Mortalité liée au tabac dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté : comparaison entre 2000-2004 et 2009-2013



Taux BFC : 11,1 Taux France métro. : 10,8

Taux BFC : 10,0 Taux France métro. : 9,7

Sources : Inserm CépiDC (2000-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS

⑧ Sur la période 2009-2013, on estime à près de 2 600 le nombre moyen de **décès annuel attribuables à l'alcool** en Bourgogne-Franche-Comté.

Avec 7,7 décès attribuables à l'alcool pour 10 000 habitants, la région est en surmortalité par rapport à la France métropolitaine (7,4/10 000).

Des disparités sont observées entre les départements : la Nièvre, l'Yonne et la Haute-Saône présentent des taux significativement supérieurs au taux en France métropolitaine, tandis que celui de la Côte-d'Or est significativement inférieur. Les autres départements ont des taux équivalents au taux en France métropolitaine.

À l'échelle infra-départementale, les taux de mortalité varient du simple au double selon les EPCI.

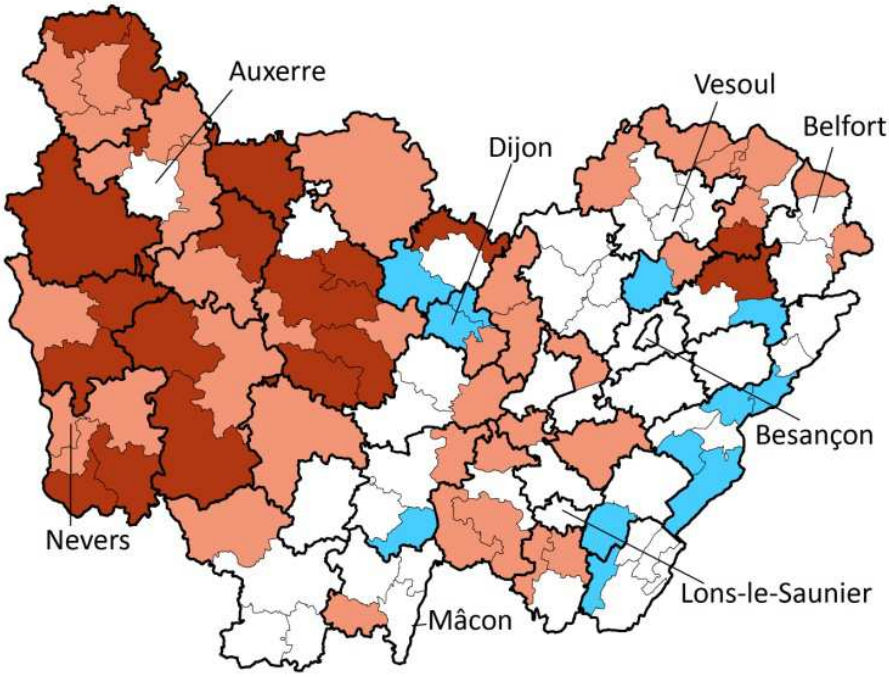
Entre 2000-2004 et 2009-2013, la mortalité attribuable au tabac a globalement diminué en région (- 17,1 %), comme en France (-17,4 %). Les évolutions sont contrastées au niveau infra-départemental : la réduction de mortalité a été plus favorable qu'en France métropolitaine dans 40 des 110 EPCI enregistrant une baisse de mortalité au cours de la période, et moins favorable dans les 70 autres EPCI. On observe une tendance à l'augmentation de la mortalité dans 5 EPCI.

↳ Comme en région et sur le territoire national, une diminution du taux de mortalité liée à l'alcool est constatée sur le Nord Franche-Comté, les taux étant compris entre 7,9 et 10,4 entre 2004 et 2009 puis entre 6,7 et 9,1 entre 2009 et 2013 qui sont des taux conformes aux taux régional (10,0) et national 9,7).

En 2013, tous les EPCI ont réussi à se rapprocher de la moyenne nationale de 9,7.

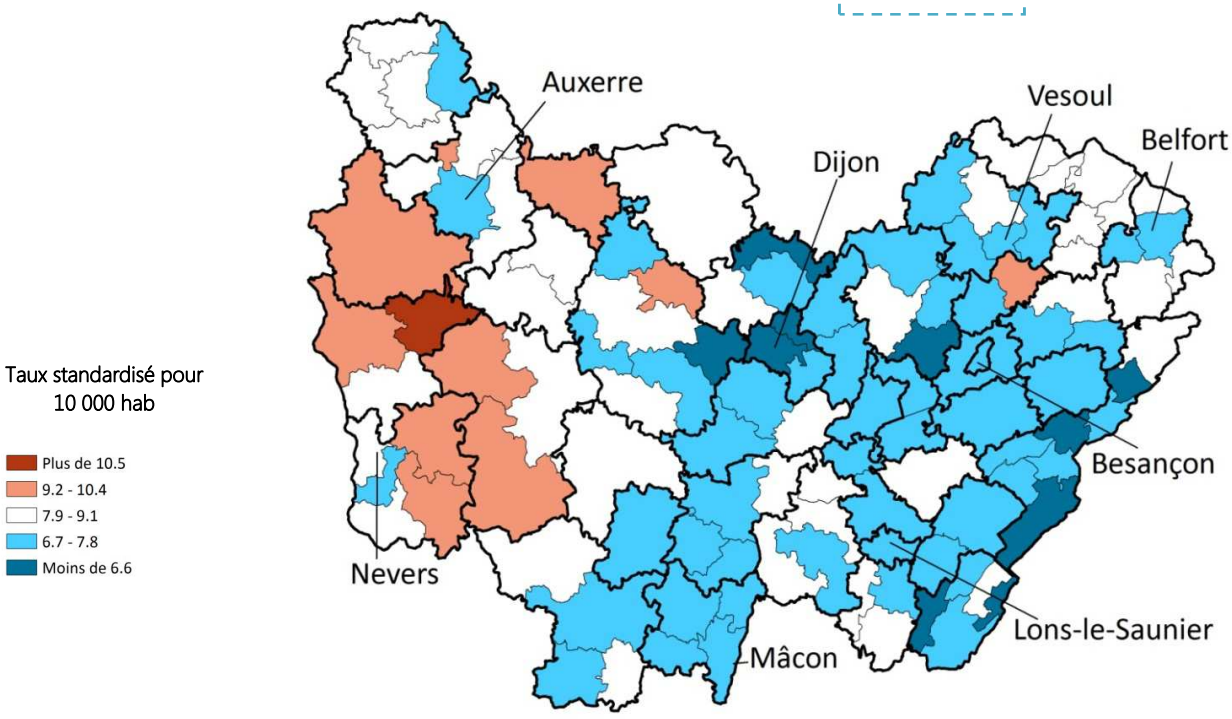
Mortalité liée à l'alcool dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté : comparaison entre 2000-2004 et 2009-2013

2000-2004



Taux BFC : 11,1 Taux France métro. : 10,8

2009-2013



Taux BFC : 10,0 Taux France métro. : 9,7

Sources : Inserm CépiDC (2000-2013), Insee (RP) ; exploitation ORS

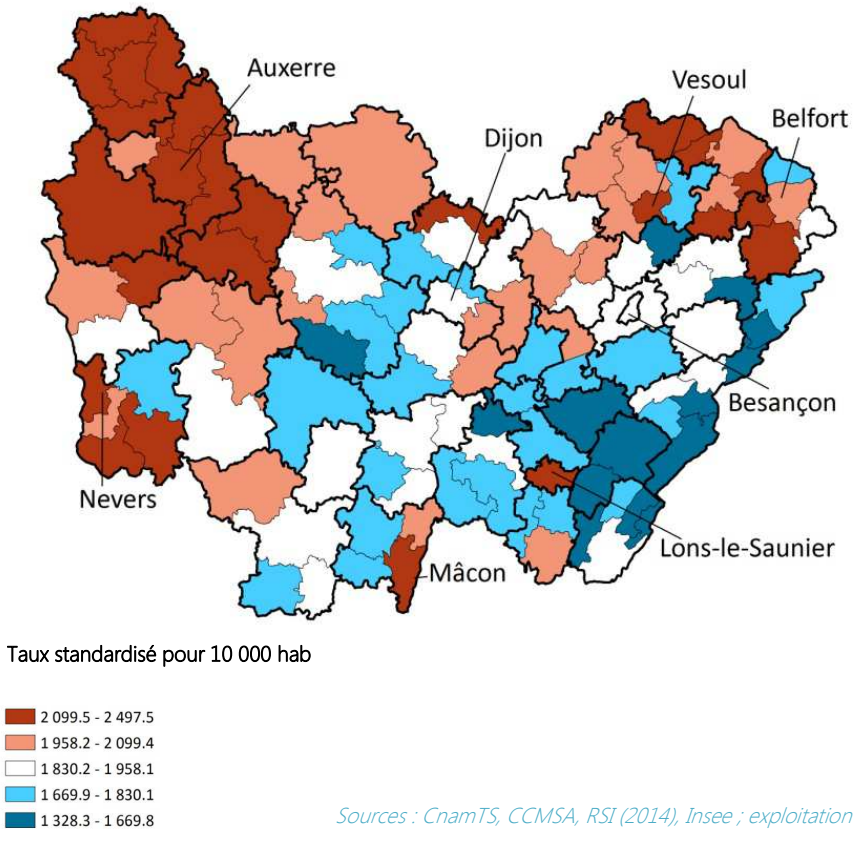
⑨ En 2014, près de 649 180 Bourguignons-Francs-Comtois relevant d'un des trois principaux régimes d'assurance maladie sont bénéficiaires du dispositif d'ALD. Le taux **d'ALD, toutes causes confondues,** est significativement inférieur au taux national. À l'échelle des départements, l'Yonne, la Haute-Saône et la Nièvre présentent des taux significativement plus élevés que le taux régional. Au niveau infra-départemental (EPCI) les taux peuvent varier du simple au double (1 328,3 à 2 497,5 pour 10 000 habitants) selon les territoires.

Sur la période 2012-2014, près de 65 071 personnes ont été nouvellement admises en ALD en moyenne chaque année, soit un taux standardisé (201,5 pour 10 000 habitants) significativement inférieur au taux national (214,3.pour 10 000 habitants). La Haute-Saône et l'Yonne présentent les taux d'admission les plus importants. A l'échelle infra-départementale (EPCI) on observe de fortes variations, allant de 142,7 à 242,4 pour 10 000 habitants, selon les territoires.

↳ A l'échelle NFC, il est possible de constater une faible augmentation des personnes admises en ALD toutes causes confondues. Toutefois, il est à noter une diversité dans la répartition des bénéficiaires d'ALD, certains EPCI étant plus touchés que d'autres (PMA et Pays Héricourt).

Taux de bénéficiaires des ALD toutes causes par EPCI en Bourgogne-Franche-Comté (moyenne annuelle 2012-2014)

Ensemble des cas



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI (2014), Insee ; exploitation ORS

LES PERSPECTIVES

Autant de constats qui permettent d'affiner les besoins des populations sur ce territoire notamment en termes de prévention. Des actions opérationnelles pourront être déclinées localement dans le CLS au regard des priorités d'actions déterminées dans les parcours de santé tels que le parcours adolescents et jeunes adultes, les parcours diabète, maladies-cardiovasculaires, précarité-vulnérabilité, cancer, nutrition – santé, addictions.

La stratégie nationale de santé, dans le pilier Prévention, cible la jeunesse comme public prioritaire. Cette priorité est déclinée notamment au niveau régional dans le parcours adolescents et jeune adultes avec une action phare qu'est le **PASS' SANTE JEUNES** déployée sur le Territoire de Belfort et PMA en 2017 et sur Héricourt en 2018.
Le Pass'Santé Jeunes (PSJ), initié par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté, est une démarche territoriale au service de la promotion de la santé des jeunes.
Elle s'articule autour d'un site Internet, destiné aux jeunes de 8 à 18 ans et leur entourage (enseignants, parents, animateurs, éducateurs, etc...) et d'une dynamique locale et partenariale à travers la mobilisation des professionnels.
Cette démarche vise à fédérer l'ensemble des partenaires et acteurs ayant pour objectif de contribuer à améliorer la santé des jeunes.

Sous l'impulsion du Conseil Territorial de Santé et de sa volonté de décliner les priorités régionales de santé au niveau local, le groupe transversal Prévention Promotion de la santé a dégagé des problématiques :

- Développer les **compétences psychosociales** avec deux axes de travail :
    - Renforcer la qualité des programmes de développement des compétences psychosociales dans le Nord Franche-Comté (Développer les compétences des acteurs dans mise en place de programme de CPS à destination des jeunes ; Développer un programme de compétences psychosociales à destination des jeunes)
    - Démontrer l'efficacité des interventions sur le développement des compétences psychosociales dans le milieu du handicap

- **Nutrition** avec 4 axes de travail :
    - Favoriser le développement d'environnements favorables à la santé en encourageant les collectivités, les entreprises à signer la charte PNNS
    - Renforcer la qualité des programmes « Nutrition » existants
    - Développer des programmes d'éducation pour la santé auprès de publics « vulnérables » fondés sur des données probantes (programmes à destination des PH, des étudiants, des personnes précaires)
    - Développer un réseau de prévention et de prise en charge du surpoids des adultes pour qu'ils bénéficient d'un bilan nutritionnel et d'un suivi

- Accompagner les campagnes de **sevrage tabagique** en mobilisant les collectivités, les entreprises… pour qu'ils organisent des actions collectives de soutien dans le cadre de la campagne du Moi(s) sans tabac

Dans le cadre du parcours précarité-vulnérabilité, un **espace mobile de santé** (EMS) sera mis en place en 2018 sur le territoire de Belfort au bénéfice du public en situation de vulnérabilité pour faciliter

leur accès à la santé. Cet espace mobile de santé sera ensuite déployé sur l'ensemble du Nord Franche-Comté.
L'EMS est un outil d'accès aux soins mais aussi de sensibilisation, de prévention, de dépistage et de repérage des facteurs à risque. Il s'agit d'accompagner vers la santé, le public en situation de précarité. Un bilan de santé, première démarche vers le renouement avec un parcours de soin personnalisé leur sera également proposé. Cela consistera à proposer sur une demi-journée : un accueil, un bilan de santé complet et une action de prévention en fonction des besoins de la population. A la suite de cette demi-journée, une information ou une orientation vers des professionnels de santé pourra être proposée en fonction des résultats. Une campagne de communication sera mise en œuvre pour promouvoir l'EMS sur le territoire et inviter les populations à y participer.

Le travail engagé sur le territoire Nord Franche-Comté concernant le **dépistage organisé du cancer** du sein et du cancer colorectal devra être poursuivi. Néanmoins, il pourra être intéressant de développer une politique commune de dépistage organisé et partagée entre les différents EPCI.
De plus, dans les prochaines années, il sera nécessaire de mettre en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans.

Enfin, une application a été lancée pour **lutter contre la sédentarité de la population** sur le Territoire de Belfort, pour être étendue à l'ensemble du Nord Franche-Comté ultérieurement. L'application « Belfort Bien-Etre » a pour but de proposer des parcours mêlant activité physique et découverte de la ville à travers différents parcours. Sur son interface, des séances de sport sont également proposées à titre gratuit au public afin de faire découvrir certaines activités, comme le biathlon, et d'accompagner les personnes éloignées de la pratique sportive vers une pratique régulière.

Partie 3- Accès aux soins de premier recours

Les densités (pour 10 000 habitants) des professionnels de santé, libéraux ou mixtes, de la région sont inférieures à celles observées en France métropolitaine.

La tendance persiste au niveau départemental, sauf pour quelques départements et pour certaines professions pour lesquels les densités peuvent être supérieures à celles du niveau national. C'est le cas pour les infirmiers en Saône-et-Loire et pour les masseurs-kinésithérapeutes en Côte-d'Or.

De plus, les professionnels de santé sont inégalement répartis entre les bassins de vie. Outre les localisations ne disposant d'aucun professionnel, les densités par bassin de vie varient fortement de 1 chirurgien-dentiste à 11,7 ; de 1,7 masseurs-kinésithérapeutes à 14,8 ; de 2,4 médecins généralistes à 13,4 ; de 1,6 pharmaciens à 9 ; et de 6,8 infirmiers à 31,4.

En ce qui concerne les médecins généralistes libéraux ou mixtes (2 470 en BFC) on constate des disparités entre départements entre une densité de 102 pour 100 000 habitants dans le Doubs et une densité de 72 pour 100 000 habitants dans l'Yonne avec une moyenne régionale de 88 pour 100 000 habitants.

Pour les médecins spécialistes libéraux ou mixtes, le constat est identique puisqu'au niveau régional, leur densité est de 70 pour 100 000 habitants (94,3 au niveau national), avec des écarts allant de 36,9 en Haute-Saône à 95,2 en Côte d'Or. Outre la problématique du nombre de médecins en exercice dans la région Bourgogne-Franche-Comté, se pose la question de leur répartition inégale sur le territoire et de la faible attractivité de certains d'entre eux.

Le secteur hospitalier est également touché par ces problématiques. Les établissements hospitaliers rencontrent des difficultés pour attirer et recruter de jeunes médecins essentiellement dans les spécialités urgentistes, anesthésistes. En région Bourgogne Franche-Comté, on compte 16% de postes de praticiens hospitaliers vacants (*source Sigmed*).
Au 1er janvier 2016, les établissements de santé de la région comptaient dans leurs effectifs 2 236 médecins dont 1 926 de spécialités médicales et 310 de spécialités chirurgicales. Face aux difficultés de recrutement de médecins hospitaliers dans la région, le rôle des internes en médecine est essentiel. Aux effectifs de médecins cités précédemment, il faut ajouter environ 1440 internes, qui réalisent une majorité de leurs stages en secteur hospitalier. En 2016, 193 et 227 postes d'internes ont été ouverts aux examens classant nationaux (ECN) pour les subdivisions d'internat de Besançon et Dijon.

Par ailleurs, à la même période, la faculté de Dijon a été l'une des 10 facultés de France à connaître une augmentation de son numérus clausus (+15 places) du fait « d'une situation particulièrement difficile avec une densité médicale nettement inférieure à la moyenne nationale et une proportion importante de médecins de plus de 55 ans ». Cette hausse du numérus clausus est l'une des mesures du Pacte territoire santé 2, et qui, associé à celles déclinées dans le Schéma régional des ressources humaines en santé (SRRHS) adopté par l'ARS, doivent permettre de lutter contre les déserts médicaux et d'assurer un accès aux soins et à des soins de qualité à toute la population du territoire bourguignon-franc-comtois.

L'accessibilité Potentielle Localisée (APL)[2], est un indicateur permettant d'affiner les données de densité. Au sein de la région, 18,9 % des communes ont une APL en médecins généralistes inférieure à la moitié de l'APL nationale. 32,6 % des communes ont une APL supérieure à la moitié de l'APL nationale mais insuffisante pour couvrir une consommation annuelle de 3 consultations chez un médecin généraliste par habitant. 33,7 % des communes ont une APL suffisante pour couvrir ces 3 consultations annuelles par habitant mais inférieure à l'APL nationale. 14,9 % des communes ont une densité APL supérieure à la densité APL nationale.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes libéraux ou mixtes (qui représentent environ 90% de la profession), leur densité régionale est inférieure à la densité nationale (44 versus 56,8 au 1er janvier 2016). Malgré la légère hausse des effectifs constatée entre 2015 et 2016 (+18), la région se heurte à la difficulté d'attractivité des jeunes chirurgiens-dentistes. Ceci peut notamment s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas de faculté dentaire sur le territoire. Les étudiants en odontologie effectuent leur cursus dans les régions Grand-Est (Nancy, Strasbourg) ou Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon, Clermont Ferrand), et n'effectuent que très peu de stages en région BFC.

Les sages-femmes sont au nombre de 987 en région Bourgogne-Franche-Comté : parmi celles-ci, 591 exercent en établissements de soins publics et 71 en établissements de soins privés. Même si le salariat reste largement prioritaire, l'exercice libéral est en expansion dans cette profession : 314 sages-femmes exerçant en libéral au 1er janvier 2015 contre 325 au 1er janvier 2016. Aussi, on constate que cette profession est presque exclusivement féminine (au niveau national, en 2015, 97% sont des femmes), et relativement jeune puisque la majorité des sages-femmes ont moins de 40 ans (52% au niveau national en 2015).

Avec 28 969 professionnels en exercice dans la région, les infirmiers représentent la 1ère profession en termes d'effectifs. 14 % d'entre eux exercent en secteur libéral ou mixte, leur densité régionale de 142 pour 100 000 habitants reste tout de même largement en-dessous de la densité nationale, qui est de 173,5. Les disparités départementales sont également importantes : 118,5 dans le Jura contre 179,5 en Saône et Loire. Par ailleurs, en raison de départs en retraite plus tardifs qu'en début des années 2000, la proportion des infirmiers de plus de 50 ans est en forte hausse (de 23% à 36% entre 2001 et 2015 au niveau national).

Dans le domaine sanitaire, le champ de la rééducation couvre 7 métiers très différents : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien.

Au 1er janvier 2016, 4 993 *(données sur diététiciens non disponibles*) professionnels de la rééducation étaient en activité au niveau régional. Les masseurs-kinésithérapeutes sont les plus nombreux et représentent plus de la moitié de ces professionnels (2 898). On dénombre également 743 orthophonistes, 463 pédicures-podologues, 370 psychomotriciens et 419 ergothérapeutes. Les orthoptistes sont les moins nombreux (101).
Les effectifs de ces professionnels sont en constante augmentation depuis la fin des années 1990 et correspondent aux tendances observées au niveau national. En effet, entre 1999 et 2015, la hausse a été en moyenne de 3 % pour les masseurs-kinésithérapeutes ; les effectifs d'ergothérapeutes et de psychomotriciens ont plus que doublés sur la période (+5 à +6 % par an en moyenne). L'augmentation des effectifs de ces professionnels est, en grande partie, une conséquence de la

[2] Indicateur de mesure de l'accessibilité spatiale aux soins, appliqué aux médecins généralistes libéraux. Cet indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande.

hausse continue du nombre d'étudiants en France, liée notamment à la hausse des quotas pour les trois professions concernées (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens). Néanmoins, au niveau régional, la hausse des effectifs reste insuffisante pour répondre à la demande de soins émanant aussi bien du secteur libéral, qu'hospitalier ou encore médico-social ; et les densités constatées sont encore bien en-dessous des moyennes nationales, et notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes (79 contre 103,6 pour 100 000 habitants) ou pour les orthophonistes libéraux ou mixtes (19 contre 29,9 pour 100 000 habitants).

Devant ce constat, les leviers se situent :

- au niveau de la formation (qualité de la formation, nombre de futurs professionnels de santé à former en adéquation avec les besoins à venir),
- au niveau de l'accompagnement dans le projet professionnel,
- au niveau des conditions d'exercice afin de donner aux professionnels formés de rester en région et d'en attirer d'autres (exercice coordonné),
- au niveau de l'appui aux professionnels en exercice (plateforme territoriale d'appui).

LES CONSTATS

LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les effectifs, densité et structure par âges de divers professionnels de santé libéraux se caractérisent de la manière suivante sur le territoire Nord Franche-Comté :

Professionnels de Santé libéraux ou mixtes - Effectifs, Densité et structure par âge
(sources : RPPS et ADELI au 01/01/2016)

	Effectif	%55 ans et plus	%60 ans et plus	%65 ans et plus	Densité pour 10 000 habitants	Cessations d'activité*	Disparition points d'offre**
Médecins généralistes							
Territoire	273	59,3	38,5	16,8	8,9	81	19
Département	-	-	-	-	-	-	-
Région	2 479	56,1	34,9	13,2	8,8	695	249
Infirmiers							
Territoire	290	20,0	6,2	1,4	9,5	29	4
Département	-	-	-	-	-	-	-
Région	3 081	21,1	9,6	1,9	10,9	325	49
Masseurs-kinésithérapeutes							
Territoire	153	23,5	16,3	4,6	5,0	18	5
Département	-	-	-	-	-	-	-
Région	2 085	21,6	12,3	5,5	7,4	225	72
Chirurgiens-dentistes							
Territoire	129	42,6	24,0	7,0	4,2	27	13
Département	-	-	-	-	-	-	-
Région	1 235	40,7	24,6	8,1	4,4	251	109
Pharmaciens							
Territoire	136	40,4	21,3	7,4	4,4	27	17
Département	-	-	-	-	-	-	-
Région	1 235	42,8	22,7	7,1	4,4	264	173

** Les cessations d'activité sont estimées selon l'hypothèse établie par l'ONDPS qui considère que 50% des professionnels âgés de 55 ans ou plus cessent leur activité dans les 5 années à venir.*
*** Un point d'offre risque de disparaître lorsque tous les professionnels de santé d'une commune donnée sont âgés de 55 ans et plus.*

Du point de vue de l'offre de soins de premier recours, et en particulier pour les médecins généralistes libéraux, la situation du Nord Franche-Comté est celle d'un territoire urbain dense : la carte ci-après décrit une offre s'appuyant sur des cabinets libéraux bien répartis dans l'ensemble des communes les plus peuplées et sur plusieurs dispositifs d'offre coordonnée (maisons de santé pluridisciplinaire) et deux maisons médicales de garde, à Belfort et Audincourt qui permettent à la permanence des soins ambulatoires de s'exercer dans des lieux centraux et bien identifiés.

Ce territoire compte six Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et un Pôle de santé pluridisciplinaire (CDS et Professionnels libéraux) qui sont composées de professionnels de santé (médecins et para médicaux) qui ont élaboré un projet de santé permettant d'une part, d'assurer la permanence des soins, l'approche globale du patient, la coordination des soins, la prise en charge de certaines maladies chroniques, le renforcement de la prévention et, d'autre part de garantir la sécurité et la qualité des soins par la formation des professionnels, l'échange de pratiques et développent des nouvelles technologies comme la Télémédecine.

- MSP « Les Errues » à Menoncourt (90)

Profession	Nombre de professionnels
Médecin généraliste	5
Médecin spécialiste (dermatologue)	1
Infirmier	3
Masseur Kiné	0
Autres professionnels de santé (psychologue, diététicien, orthophoniste, sage-femme, ostéo)	5

MSP constituée en SISA.

- MSP de Rougemont le château (90)

Profession	Nombre de professionnels
Médecin généraliste	2
Infirmier	3
Masseur Kiné	2
Autres professionnels de santé (psychologue)	1

MSP mono-site privée (loi 1901).

- MSP Grandvillars - Centre de soins Le Séquoïa (90)

Profession	Nombre de professionnels
Médecin généraliste	3
Infirmier	3
Masseur Kiné	1
Autres professionnels de santé (diététicienne, orthophoniste, psychologue, podologue)	4

MSP mono-site au portage privé (SISA des bords de l'Allaine).

- Pôle de santé pluridisciplinaire à Belfort (90)

Profession	Nombre de professionnels
Médecin généraliste (salariés du CDS)	7
Infirmier	2
Masseur Kiné	2
Autres professionnels de santé (diététicienne, sophrologue, sage-femme, psychologue, psychothérapeute,	7

Pôle de santé pluridisciplinaire mono-site au portage associatif qui intègre un Centre de santé médical et des PS libéraux, projet de transformation en CPTS.

- Maison de la santé Rudipontaine à Pont de Roide (25)

Profession	Nombre de professionnels
Médecin généraliste	3
Infirmier	centre de soins infirmiers
Masseur Kiné	1
Autres professionnels de santé (chirurgien-dentiste, podologue, ostéo, psychologue)	7

MSP mono-site (SISA Rudipontaine) portage privé

- MSP de Montenois (25)

Profession	Nombre de professionnels
Médecin généraliste	3
Infirmier	2
Masseur kinésithérapeute	1
Autres professionnels de santé (Sage-femme, diététicien, dentiste, podologue, psychologue)	6

MSP mono-site au portage privé (SISA).

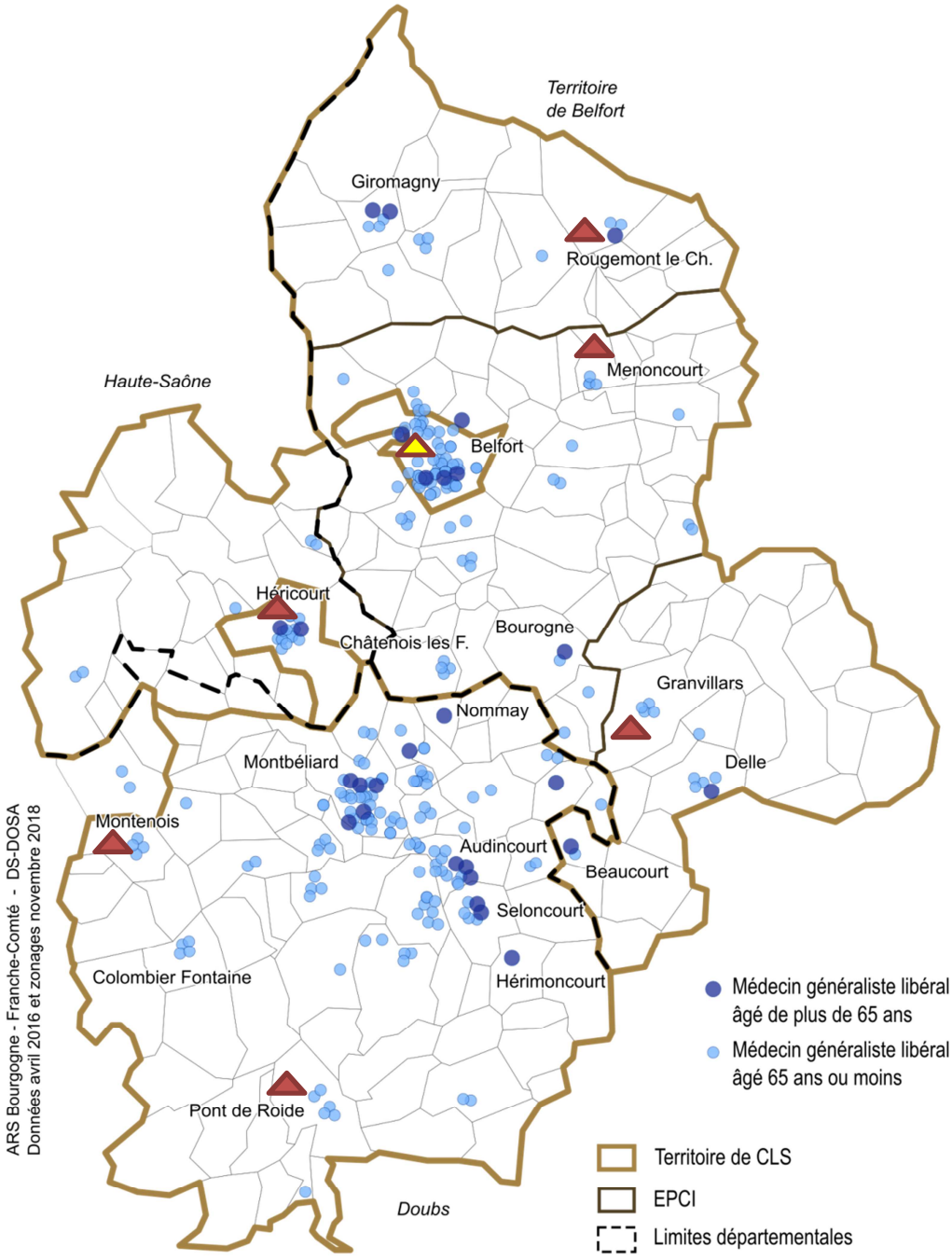
- MSP Jenny à Héricourt (70)

Profession	Nombre de professionnels
Médecin généraliste	2
Médecin spécialiste (psychiatre)	1
Infirmier/e	4
Autres professionnels de santé (sage-femme, psychologue, neuro psychologue, ostéo, diététicien, eutonie)	9

MSP mono-site au portage privé (SISA Jenny)

On peut constater que moins de 10 % des Médecins généralistes du territoire NFC exercent en Maison de santé pluridisciplinaire pour 13,5 % sur la partie FC de la nouvelle région.

Localisation du lieu d'exercice des médecins généralistes libéraux et médecins âgés de plus de 65 ans

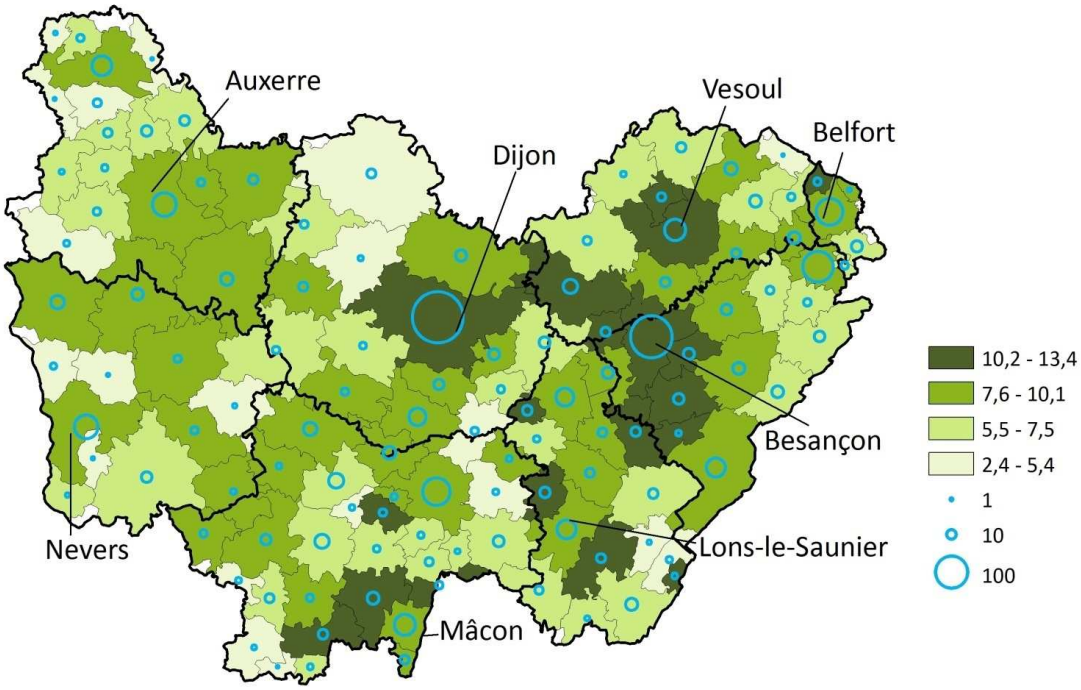


MSP

Centre de santé médical

Concernant les médecins généralistes, en 2016 le territoire compte 273 médecins généralistes ayant une activité libérale dont 60 % ont 55 ans et plus (soit 4 points de plus que la moyenne régionale qui est de 56 %). A noter que 81 médecins généralistes (sur 273) risquent de cesser leur activité dans les 5 ans à venir, soit 1/3 des médecins en exercice à ce jour. La densité en médecins généralistes pour 100 000 habitants est conforme à la densité régionale soit 89 MG pour 100 000 habitants.

Densités de professionnels de santé pour 10 000 habitants par bassin de vie en Bourgogne-Franche-Comté
Médecins généralistes (remplaçants exclus)

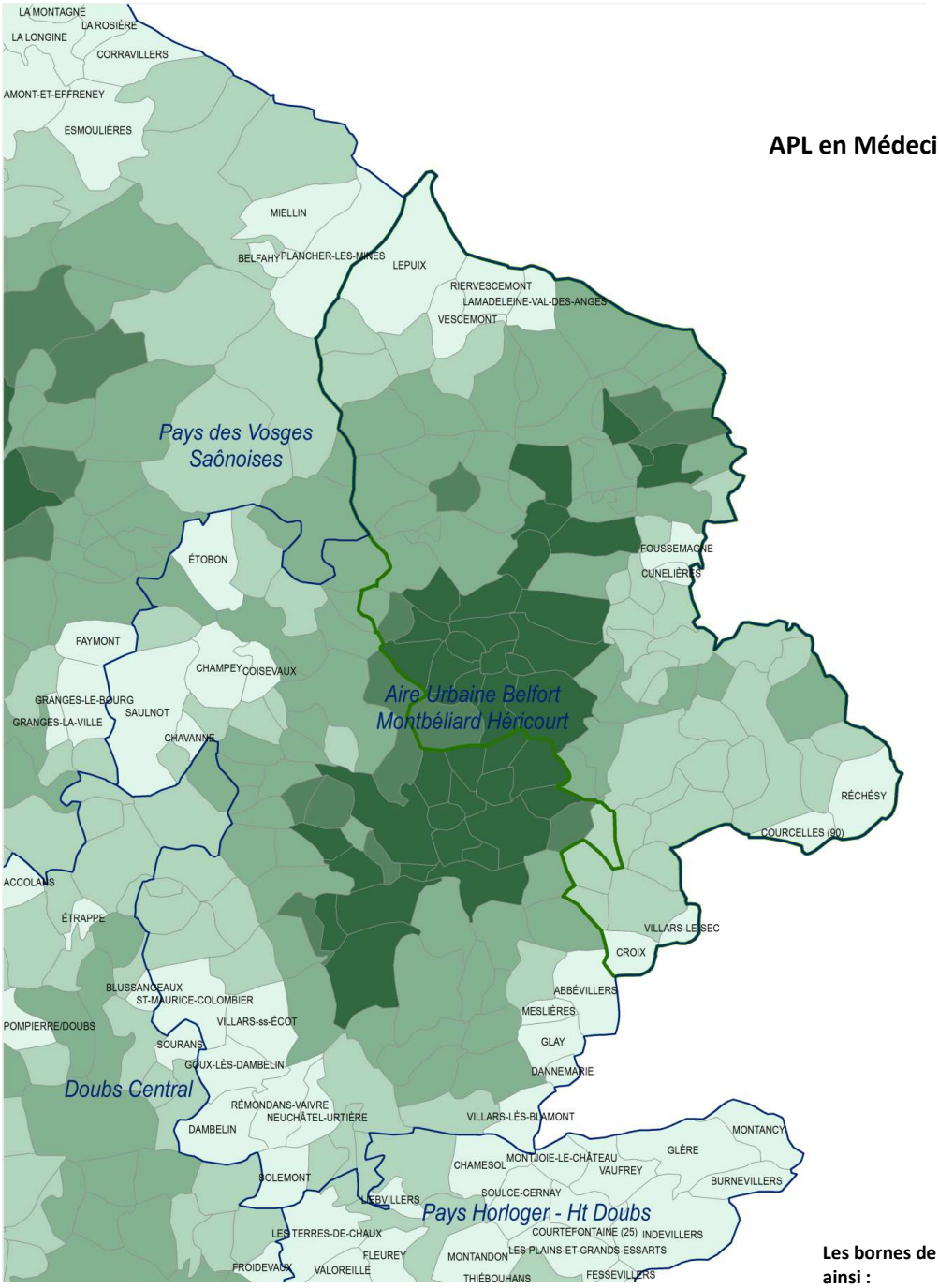


Sources : RPPS 2016, Adeli 2016, Insee (RP 2013), exploitation ORS

Du point de vue de la densité l'APL [3] (Accessibilité Potentielle Localisée), le territoire n'est pas considéré comme fragile. En effet, l'APL qui ressort comme supérieure à 56 pour 100 000 hab. dans presque la totalité des communes les plus denses et les plus peuplées du NFC (APL moyenne régionale de 66 et France métropolitaine 77) est la densité suffisante pour couvrir un minimum annuel de 3 consultations par habitant.

[3] *L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est la mesure de la densité en médecins généralistes libéraux étendue à l'offre proche et non au seul périmètre d'une commune. Indicateur exprimé en nombre de médecins généralistes accessibles dans un rayon de 20mn par la route autour d'une commune. Cet indicateur peut aussi être exprimé en nombre de consultations qu'il est possible d'offrir à la population d'une commune avec les médecins généralistes situés dans un rayon de 20mn. Pour cela on considère que la production moyenne d'un équivalent temps plein de médecin généraliste est de 5 400 consultations. Une APL de 56 ETP pour 100 000 habitants permet ainsi d'offrir 56*5400/100 000=3 consultations par habitant.*

APL en Médecins Généralistes



APL en Médecins Généralistes
(ETP pour 100 000 hab.)

- <38,5
- 38,6 - 56,0
- 56,1 - 77,0
- 77,1 - 83,0
- 83,1 - 148,0
- Limite départementale

Les bornes de classes de l'APL ont été déterminées ainsi :

- 38,5 : 50% de l'APL national.
- 56 : densité suffisante pour offrir 3 consultations par habitant.
- 77 : APL national au 31/12/2010.
- 83 : APL suffisant pour qu'un médecin ait une activité annuelle de 5400 actes.

Source : ARS BFC – DS – DOSA – Octobre 2016

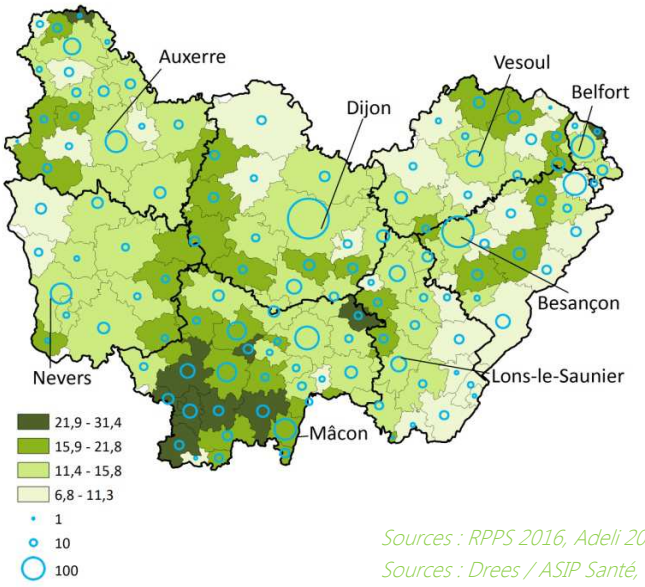
Sur les autres professionnels de santé, l'offre est relativement proche de l'offre régionale en terme d'âge des professionnels et de densité, hormis les masseurs kinésithérapeutes qui présentent une densité nettement inférieure à la région (5 / 10 000 hab. c/ 7,4 pour la région).

A noter que les infirmiers et les pharmaciens sont globalement plus jeunes que la moyenne régionale. A contrario, les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes sont plus âgés que la moyenne régionale.

Les cartes suivantes représentent les densités de professionnels de santé (IDE, Chirurgiens-dentistes, Pharmaciens, Masseurs Kinésithérapeutes) pour 10 000 habitants par EPCI de Bourgogne Franche-Comté

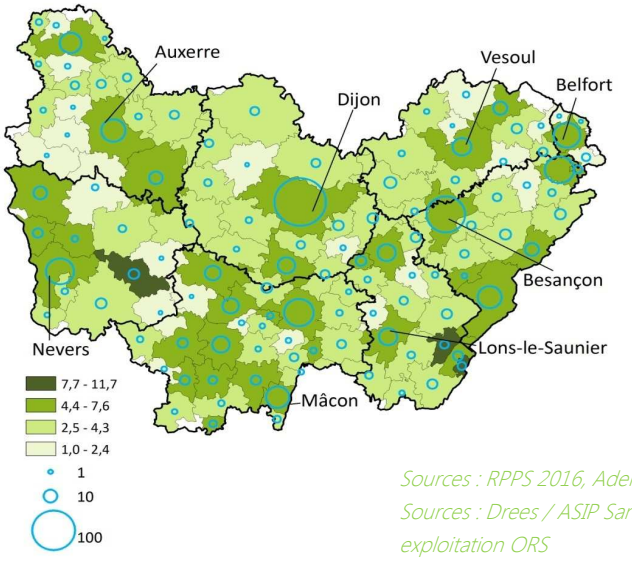
Densités de professionnels de santé pour 10 000 habitants par bassin de vie en Bourgogne-Franche-Comté

Infirmiers



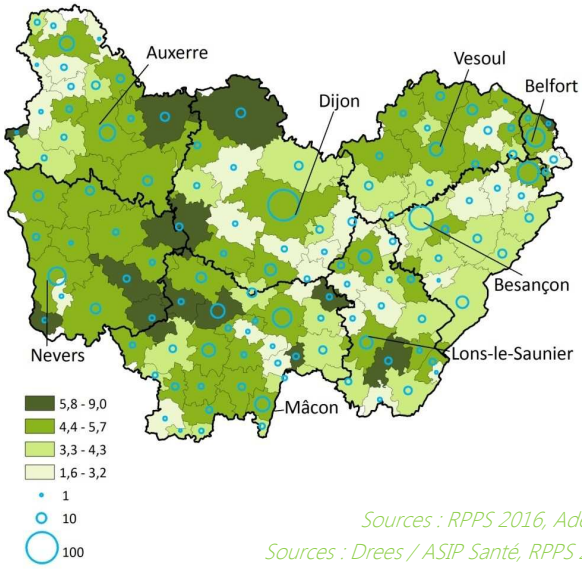
Sources : RPPS 2016, Adeli 2016, Insee (RP 2013), exploitation ORS
Sources : Drees / ASIP Santé, RPPS 2016, Adeli 2016 ; Insee (RP 2013) - exploitation ORS

Chirurgiens-Dentistes



Sources : RPPS 2016, Adeli 2016, Insee (RP 2013), exploitation ORS
Sources : Drees / ASIP Santé, RPPS 2016, Adeli 2016 ; Insee (RP 2013) - exploitation ORS

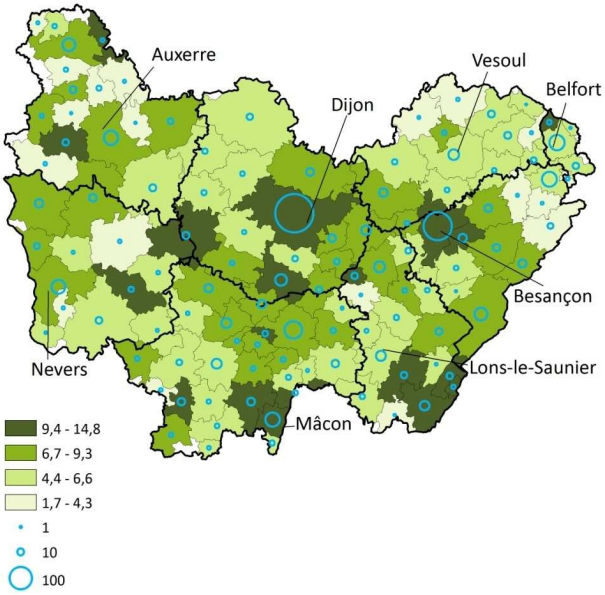
Pharmaciens titulaires d'officine



Sources : RPPS 2016, Adeli 2016, Insee (RP 2013), exploitation ORS

Sources : Drees / ASIP Santé, RPPS 2016, Adeli 2016 ; Insee (RP 2013) - exploitation ORS

Masseurs-kinésithérapeutes

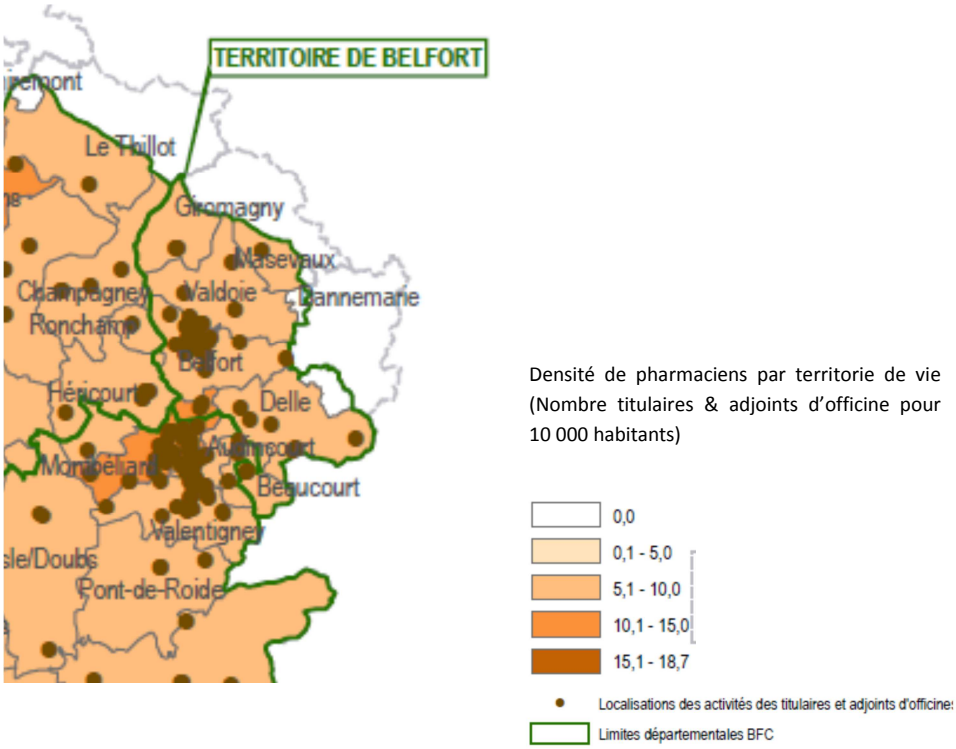


Sources : RPPS 2016, Adeli 2016, Insee (RP 2013), exploitation ORS

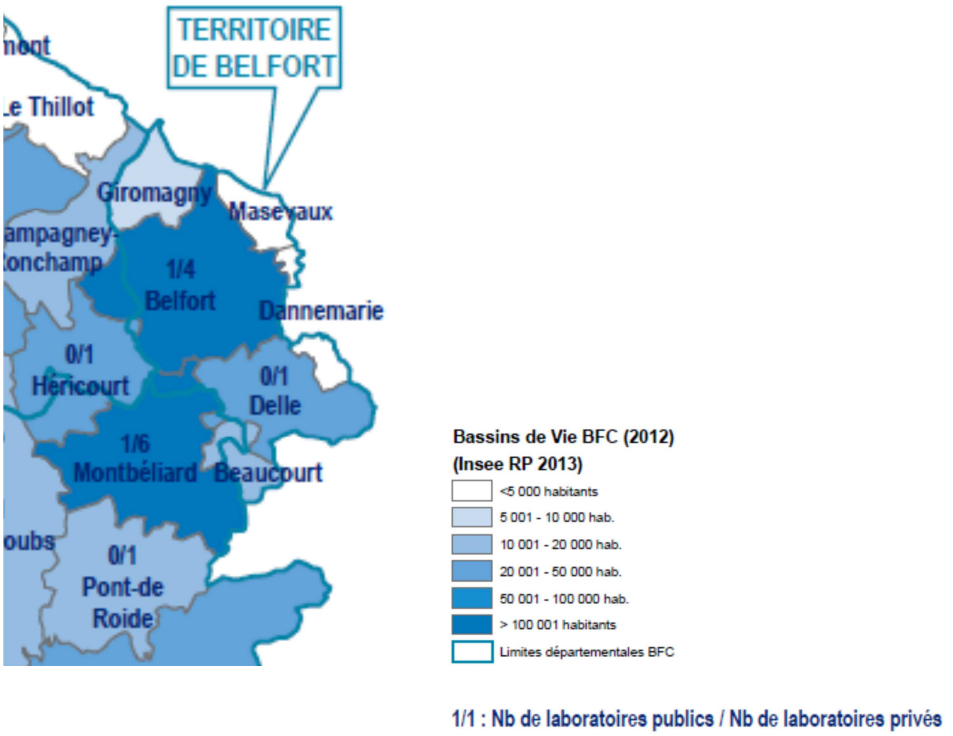
Sources : Drees / ASIP Santé, RPPS 2016, Adeli 2016 ; Insee (RP 2013) - exploitation ORS

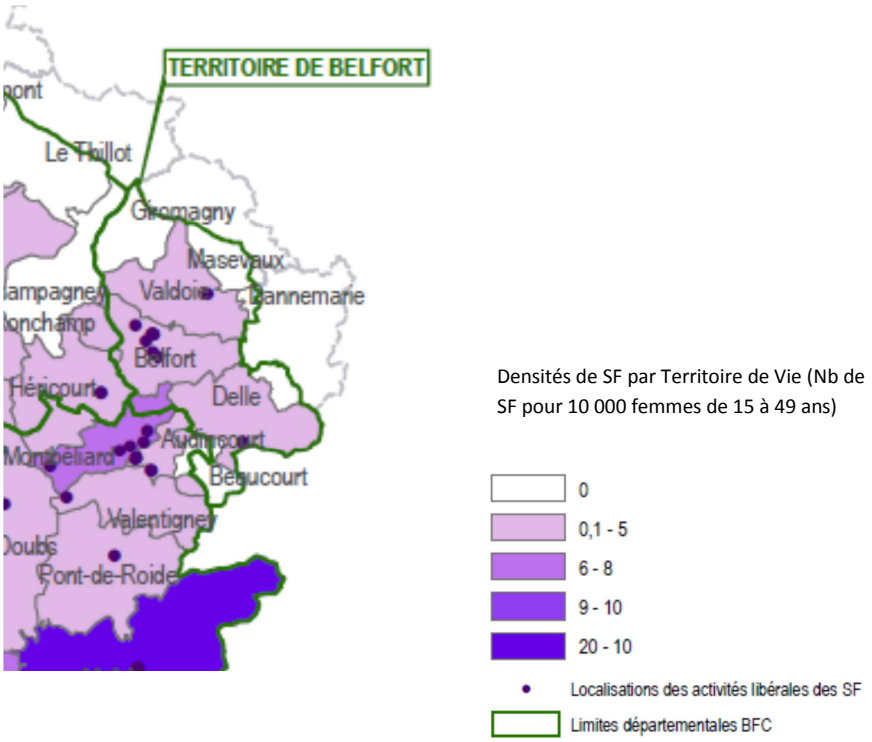
Les trois cartes qui suivent présentent les densités et lieux d'implantations des pharmacies, laboratoires d'analyses médicales et sages-femmes libérales. Dans tous les cas, les agglomérations de Belfort, Montbéliard et Héricourt concentrent la plupart de ces implantations.

Pharmaciens titulaires et adjoints d'officine – Nord Franche-Comté



Laboratoires de biologie médicale publics et privés par bassin de vie - Nord Franche-Comté



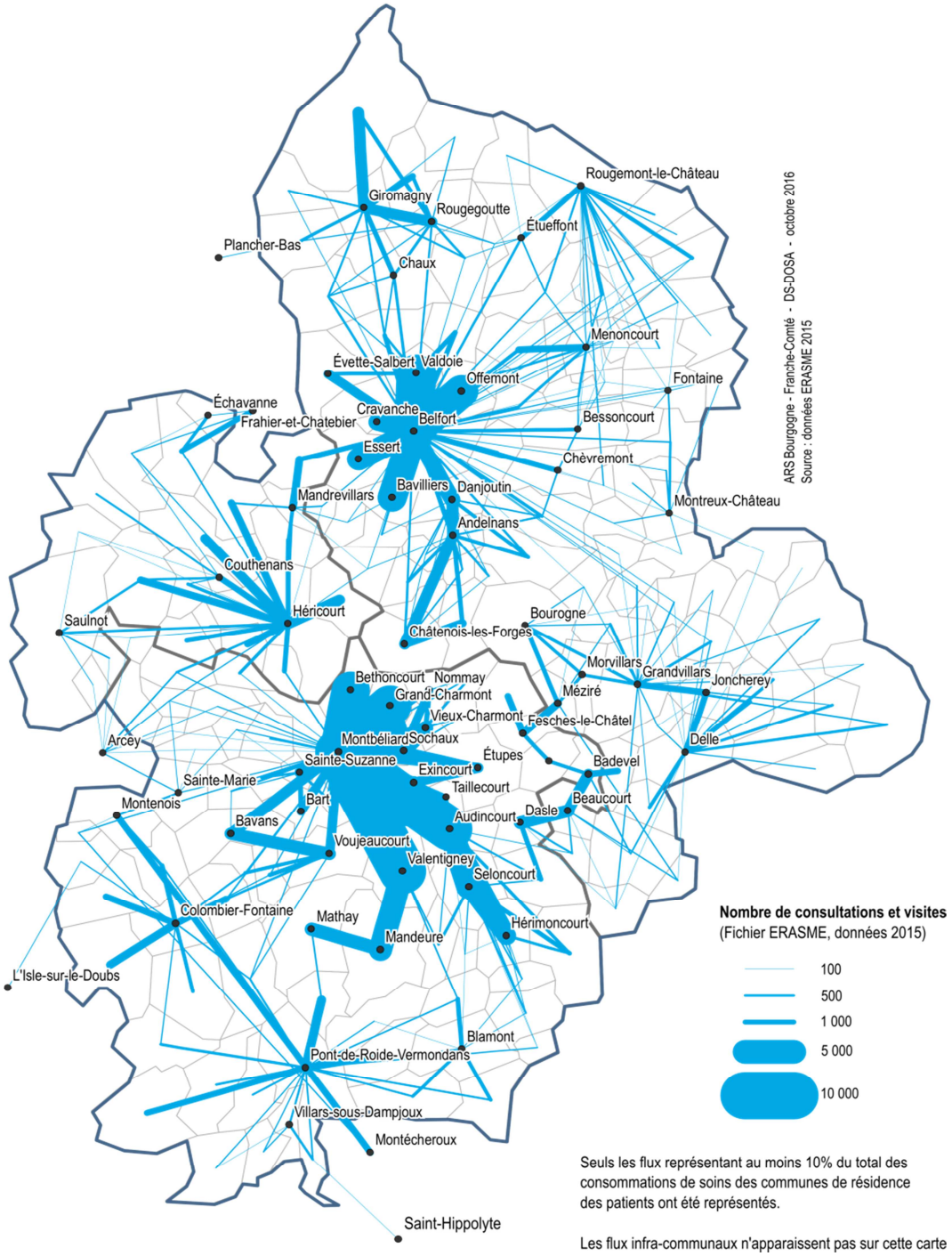


LE RECOURS ET LA CONSOMMATION DE SOINS

La carte ci-dessous représente les flux de recours au médecin généraliste libéral. Chaque lien, dont l'épaisseur dépend du nombre d'actes qu'il représente, traduit les déplacements pour consultation des communes de résidence vers les pôles d'offre.

Les pôles de Montbéliard et Belfort puis d'Héricourt sont les plus structurants. Des pôles dont l'attraction est un peu plus faible suivent : Giromagny, Colombier-Fontaine, Pont-de-Roide, Rougemont-le-Château, Mandeure...

Flux de consommation de soins en médecine générale :
commune de résidence des patients - commune de consultation



En terme de consommation moyenne d'actes de médecin généraliste par bénéficiaire issue des bases de l'Assurance maladie, on constate que la consommation sur le pôle métropolitain est légèrement supérieure à celle de la région (5 actes / bénéficiaire versus 4,5 actes / bénéficiaire).
Concernant le recours aux soins infirmiers, on observe un nombre moyen d'actes par bénéficiaire très élevé sur le territoire (76 actes contre 45 actes / bénéficiaire pour la région).
Par contre, pour ce qui concerne le recours aux actes de kinésithérapie on relève un nombre d'actes moyens par bénéficiaire inférieur en local 19,3 actes contre 21,8 pour la région.

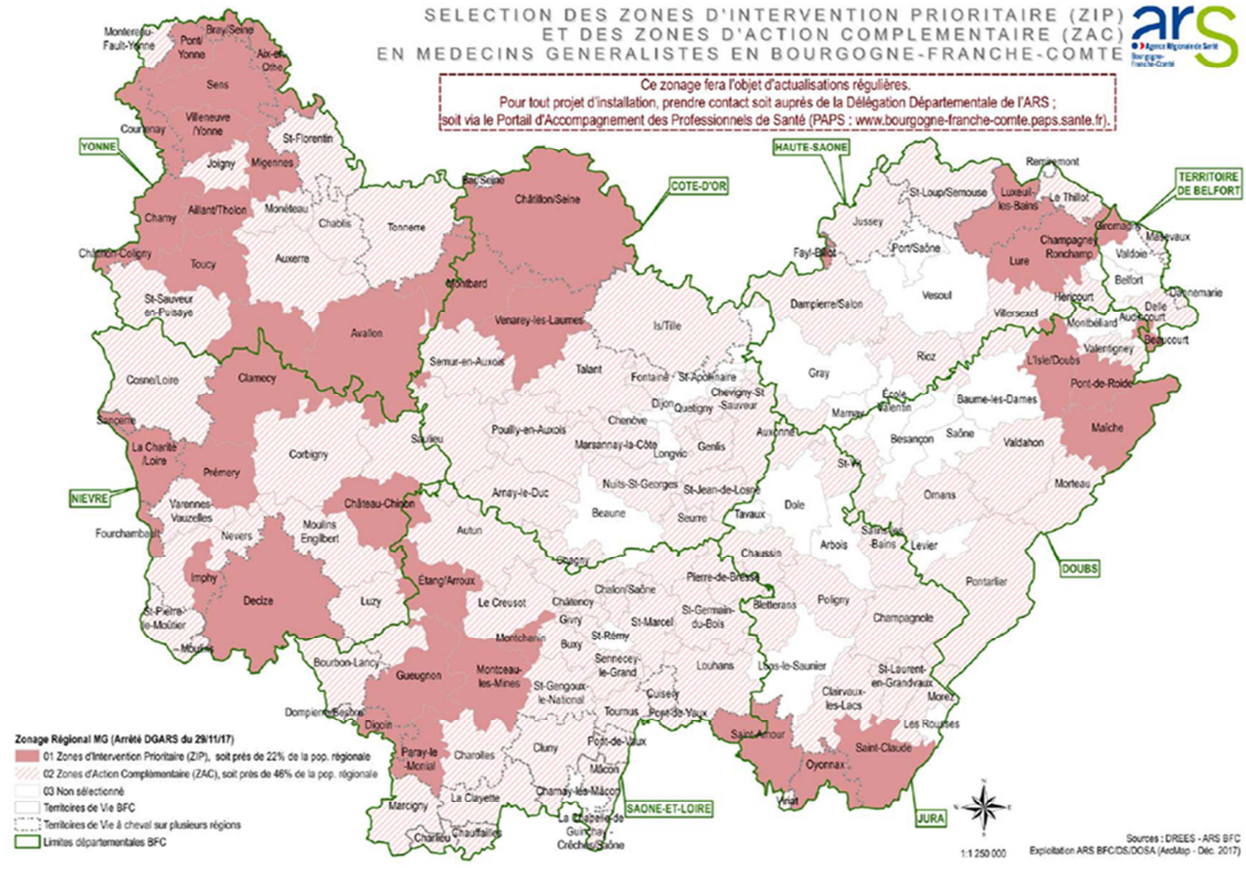
LES TERRITOIRES FRAGILES MEDECINS GENERALISTES

Le zonage pluri professionnel défini en 2012 été remplacé depuis décembre 2017 par un nouveau zonage médecins issu d'une méthode nationale définie par :
-Décret du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est élevé
-Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues à l'article 1er de l'article L 1434-4 du CSP.

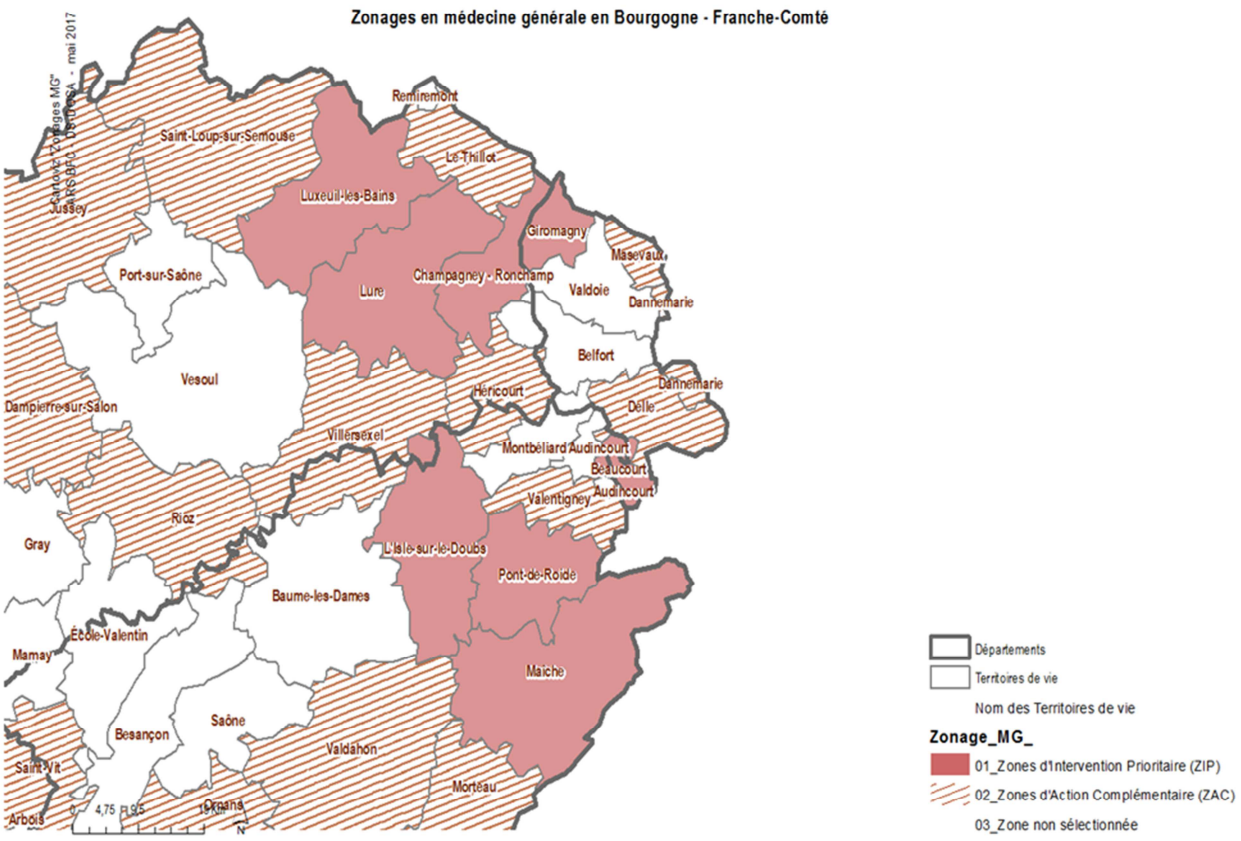
Les textes définissent des zones d'intervention prioritaire qui sont caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins selon deux niveaux :

- des zones fragiles sélectionnées par le niveau national dans lesquelles l'APL est actuellement inférieure à 2,5 consultations/ an / habitant (6,3 % de la population en BFC)
- des zones fragiles sélectionnées par le niveau régional dans lesquelles l'APL sera inférieure à 2,5 consultations /an/habitant à 3 ans (15,6 % de la population en BFC).

Soit un total 21,9 % de la population de BFC qui réside dans des zones dites fragiles qui donnent droit à diverses aides dont des aides conventionnelles de nature à soutenir l'installation d'un jeune médecin, accompagner la transition entre les praticiens qui cessent leur activité et les nouveaux, encourager la prise en charge coordonnée et favoriser les vacations de médecins qui aident leurs confrères sur ces zones.



Focus sur le Nord Franche-Comté



⇨ Sur le territoire NFC, les zones caractérisées comme zones d'intervention prioritaire sont les bassins de vie de Giromagny (90), Beaucourt (90) et Pont de Roide (25) qui représentent 1,07 % de la population BFC. 38 Communes du Nord Franche-Comté sont concernées couvrant 10% de la population de ce territoire.

Au-delà de ces zones d'intervention prioritaire, une partie du territoire BFC à hauteur de 39, 70 % de la population est caractérisée en zones d'action complémentaire dans laquelle l'APL est comprise entre 2,5 et 4 consultations/ an / habitant ; dans ces zones, les projets des professionnels de santé peuvent bénéficier des aides dites Etat telles que le contrat d'engagement de service public ou le dispositif de praticien territorial en médecine générale. 79 communes du Nord Franche-Comté sont concernées couvrant 28% de la population de ce territoire.

⇨ Sur le territoire NFC, les zones caractérisées en zones d'actions complémentaires sont les bassins de vie de Delle (90), Héricourt (70) et le territoire de vie de Valentigney (25).

Les zones non caractérisées qui sont des zones où l'APL est supérieure 4 consultations/ an / habitant sont des zones hors vivier donc non éligibles à des aides financières à l'installation mais reste éligible à des aides financières pour accompagner l'exercice coordonné; ces zones globalisent 38,10 % de la population BFC.

⇨ Sur le territoire NFC, les zones hors vivier sont le bassin de vie de Belfort (90) et les territoires de vie de Montbéliard (25) et Audincourt (25).

LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

Les contrats locaux de santé qui existaient précédemment (CLS de la ville de Belfort, PALS d'Héricourt et de PMA) avaient tous pour objectif de favoriser et optimiser l'accès aux soins de premier recours :

- en développant l'attractivité des territoires,
- en modifiant les pratiques professionnelles par le développement de nouvelles technologies, par le développement du travail multi partenarial ou pluri disciplinaire,
- en incitant les médecins généralistes à devenir maitre de stages pour les internes en médecine,
- en incitant les professionnels de santé à travailler ensemble pour une approche globale de la santé de la personne (transmission des informations, communication, partage, échanges pluridisciplinaires),
- conforter et renforcer les structures fragiles,
- en informant les professionnels de santé des dispositifs d'aides dont ils peuvent bénéficier selon les territoires,
- en accompagnant les professionnels dans leur installation.

LES PERSPECTIVES

Dans le domaine du premiers recours quelques pistes de travail voire des projets sont déjà engagés au regard des problématiques déjà identifiées.

① Dans le cadre du **plan de renforcement de l'accès territorial aux soins** un plan d'actions sur le territoire Nord Franche-Comté est en cours ; ce plan vise :

- à conforter les MSP installées qui cherchent des médecins généralistes pour conforter leur offre de soins de proximités telles que les MSP de Héricourt, Pont de Roide et Montenois, et le CDS Léon Blum de Belfort,
- à conforter les MSP qui doivent redynamiser leur projet médical et la coordination des professionnels de santé regroupés telles que les MSP de Grandvillars et Rougemont le Château,
- à accompagner des projets permettant de renforcer la présence médicale dans des zones en tension par le développement de « consultations avancées », le renfort temporaire d'adjoint sur le Bassin de vie de Montbéliard et le Territoire de Belfort
- à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer la pérennité de l'offre de soins de proximité sur des zones où les départs en retraite de médecins sont prévus à court terme telles que sur Colombier-Fontaine,
- à accompagner les projets de regroupement de professionnels de santé vers un projet d'exercice regroupé coordonné permettant de favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire, développer de nouvelles pratiques pour favoriser l'installation de professionnels de santé tels les projets de Grand-Charmont, Beaucourt, Dasle,
- à favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en organisant des formations de MSU en local et favorisant l'accueil de stagiaires en collaboration avec les collectivités (hébergement, transport),

- à déployer la Télé médecine (Télé consultation et Télé expertise) entre la ville (MSP et cabinet regroupé) et les spécialistes (libéraux et hospitaliers), entre la ville, les spécialistes et les structures médico-sociales,

② Dans le cadre du développement de la stratégie **du schéma régional des ressources humaines en santé** (SRRHS), un travail est conduit sur la promotion du territoire à deux niveaux :

- au niveau du territoire : organisation d'un séminaire « attractivité du territoire NFC » intitulé « posez vos cartons en Nord Franche-Comté » d'une journée à destination des internes et remplaçants en médecine et des étudiants et remplaçants en masseurs kinésithérapeutes afin de promouvoir les atouts du territoire (modes d'exercice, plateau technique, conditions d'installation, équipements sportifs et culturel, tourisme, développement économique..) permettant l'installation de ces professionnels sur le territoire. Ce séminaire est organisé en étroite collaboration avec les collectivités, les représentants des professionnels de santé, les élus, les établissements de santé, le cluster des technologies de santé, les offices du tourisme avec recherche de sponsors et partenaires financiers.
- au niveau local : organisation de soirées d'information et d'échanges à l'Internat de l'HNFC une fois par semestre ; cette soirée réunira les internes de l'HNFC, les internes de médecine libérale et les internes de psychiatrie. Ces soirées organisées avec l'HNFC, les CDOM, l'URPS ML sont dédiées à l'échange autour des conditions d'installation, à la présentation de projets par les médecins, par les collectivités dans l'objectif que les internes du territoire en créant du réseau pendant leurs stages se projettent dans un projet professionnel sur le territoire NFC.

③ Dans le cadre des travaux engagés sous l'égide du Conseil Territorial de Santé pour améliorer les **relations ville / hôpital** certaines pistes de travail ont été mises en évidence et devront faire l'objet d'un travail partenarial avec tous les opérateurs à l'échelle du Nord Franche-Comté, à savoir :

- L'organisation de consultations non programmées par la médecine de ville en journée pour organiser l'accès aux soins et la continuité des soins sur le NFC compte tenu du regroupement des SAU sur le site distant de Trévenans . Les objectifs sont de pouvoir réorienter les flux des patients des urgences vers les cabinets de médecine générale ou d'offrir une réponse organisée par la médecine de ville pour éviter que les patients «hors urgence vitale » se rendent au SAU. Ce projet doit permettre d'éviter la saturation du SAU de l'HNFC, ne pas créer de rupture du parcours de santé ville / hôpital et éviter des refus de prise en charge en premier recours, faute de médecins généralistes en nombre suffisant.

  L'URPS-Médecins libéraux de BFC précédemment missionné sur ce projet doit retravailler sur les flux de patients accueillis aux urgences qui pourraient être pris directement en charge par la médecine de ville ou réorienté dans le meilleures conditions de qualité.

  Il est à noter que cette piste de travail s'inscrit dans un des axes de travail du Plan d'actions régional des urgences (PARU) et devra donc faire l'objet d'un cadrage régional.

- L'amélioration de la régulation régionale (CRRA 15) qui passe par la formalisation et l'analyse des dysfonctionnements constatés par les professionnels du territoire ainsi que par des échanges entre les médecins et médecins régulateurs pour connaitre les pratiques de chacun

et identifier les particularités locales utiles à une régulation efficiente pour les services et les patients.

- La recherche de solutions dites « alternatives aux urgences » pour éviter la mobilisation des ressources liées aux transports (sanitaires et pompiers) et éviter la saturation des urgences lorsque les prises en soins pourraient se faire par des médecins généralistes de ville. Il est nécessaire de travailler au recensement des ressources locales disponibles, volontaires et équipées (de salles de petite urgences, de suture..) mais également de travailler sur l'organisation précise d'un tel schéma.

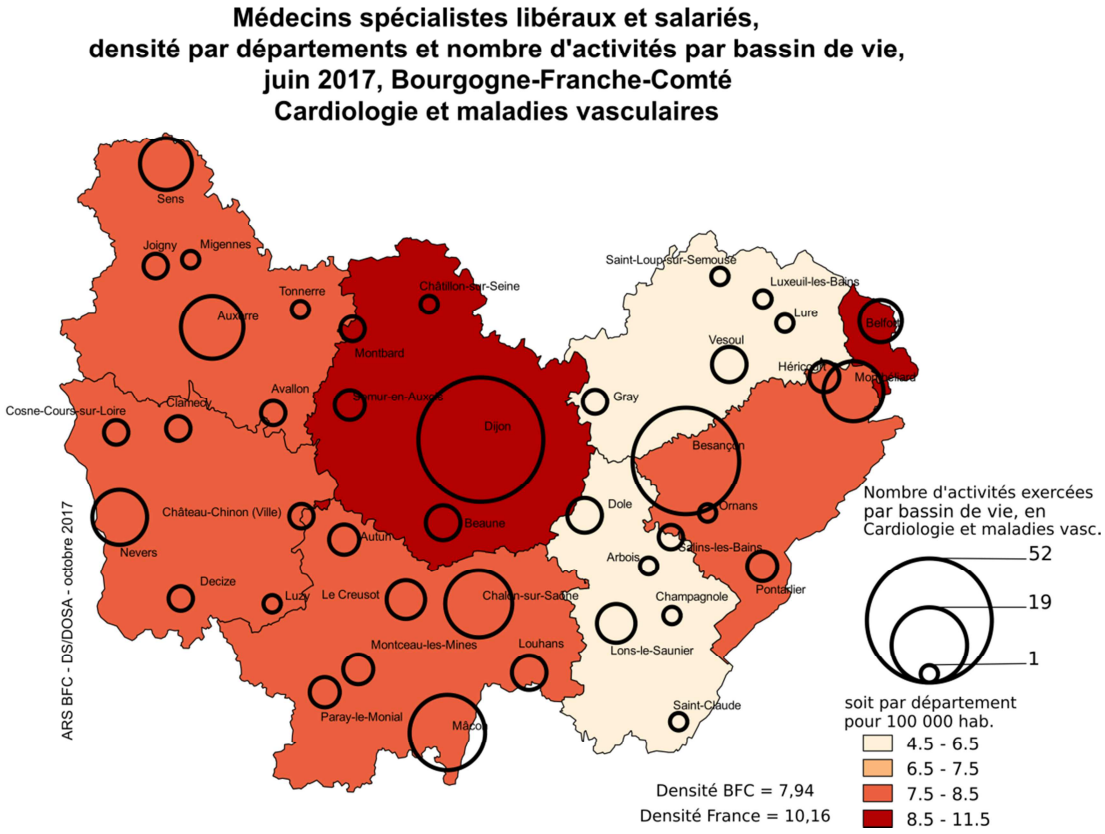
  Il est à noter que cette piste de travail s'inscrit dans un des axes de travail du Plan d'actions régional des urgences (PARU) et devra donc faire l'objet d'un travail en lien avec les pilotes régionaux.
- La nécessité d'informer et d'éduquer la population aux divers recours à l'offre de soins selon les situations, tant en journée qu'en période de permanence des soins ambulatoires.

Dans ces relations ville – hôpital il convient de resituer les projets qui pourront être travaillés à destination des divers publics que sont notamment les personnes âgées et les personnes handicapées (cf. parties infra).

Partie 4- Offre en médecins spécialistes

LES CONSTATS

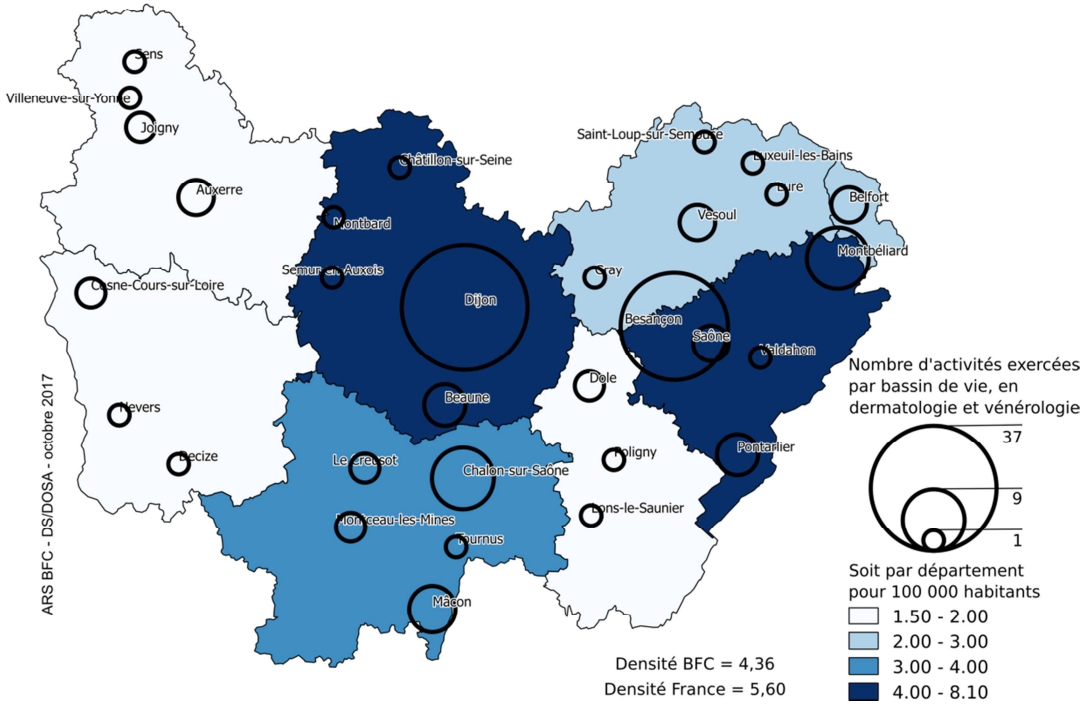
Le calcul de la densité de spécialistes par département et activités par bassin de vie fait apparaître des situations contrastées. Le Nord Franche-Comté est plutôt mieux doté que la région Bourgogne Franche-Comté en cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologues. Elle est au contraire moins dotée que la région en gynécologues médicaux, ophtalmologistes et pédiatres. Les cartes ci-après dressent un portrait plus détaillé pour chaque spécialité. A noter que les densités régionales sur toutes ces spécialités sont toujours inférieures aux densités nationales.



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **cardiologie et maladies vasculaires** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 7,9 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (10,2). La Haute-Saône et le Jura sont les départements les moins dotés avec des densités inférieures à la densité régionale. L'activité est plutôt concentrée sur les grands pôles urbains.

Sur le territoire Nord Franc-comtois, la densité varie entre 7,5 médecins pour 100 000 habitants (Pays de Montbéliard, Héricourt) à 11,5 médecins pour 100 000 habitants (Territoire de Belfort) ; globalement le Nord Franche-Comté est donc plutôt bien doté au regard des densités régionale (7,94) et nationale (10,16).

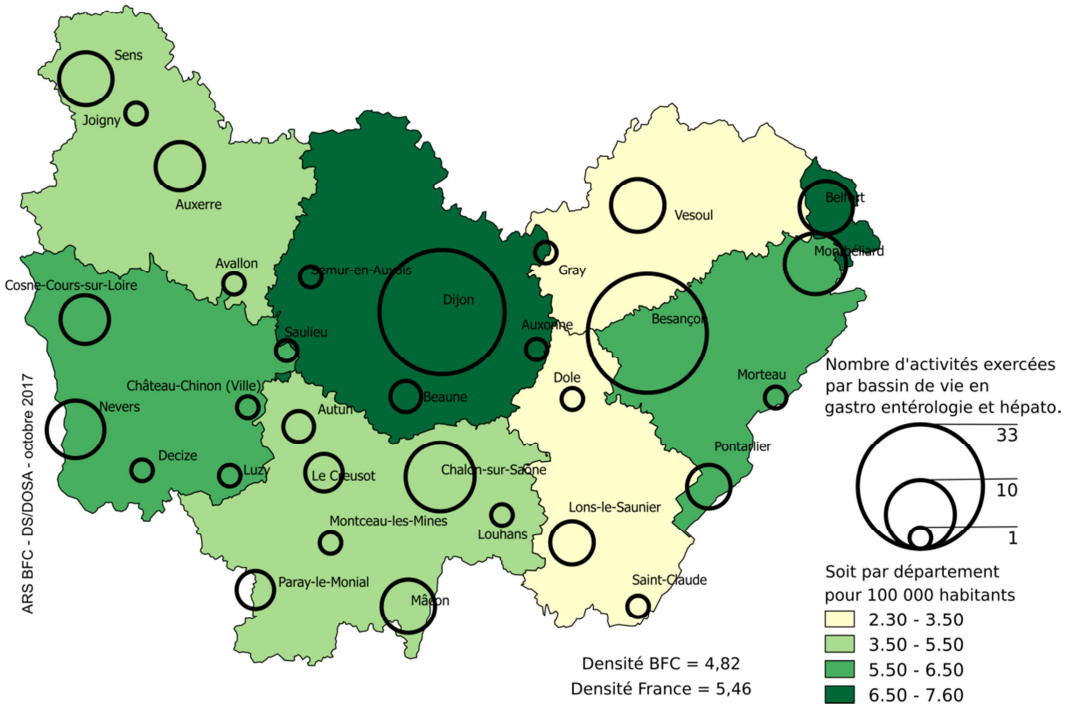
Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Dermatologie et vénérologie



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **dermatologie et vénérologie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, 4,4 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (5,60). Six départements ont une densité inférieure à la moyenne régionale (Yonne, Nièvre, Jura, Haute-Saône, Territoire de Belfort et Saône et Loire). L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains.

Le Nord Franche-Comté connait une situation contrastée puisque le Territoire de Belfort a une densité de 2 à 3 médecins pour 100 000 habitants (donc inférieure à la densité BFC de 4,36) et le Pays de Montbéliard a une densité de 4 à 8,10 médecins pour 100 000 habitants (donc supérieure à la densité BFC et France de5,60) ; globalement la population du NFC a plutôt une offre correcte en dermatologues par rapport à la région BC.

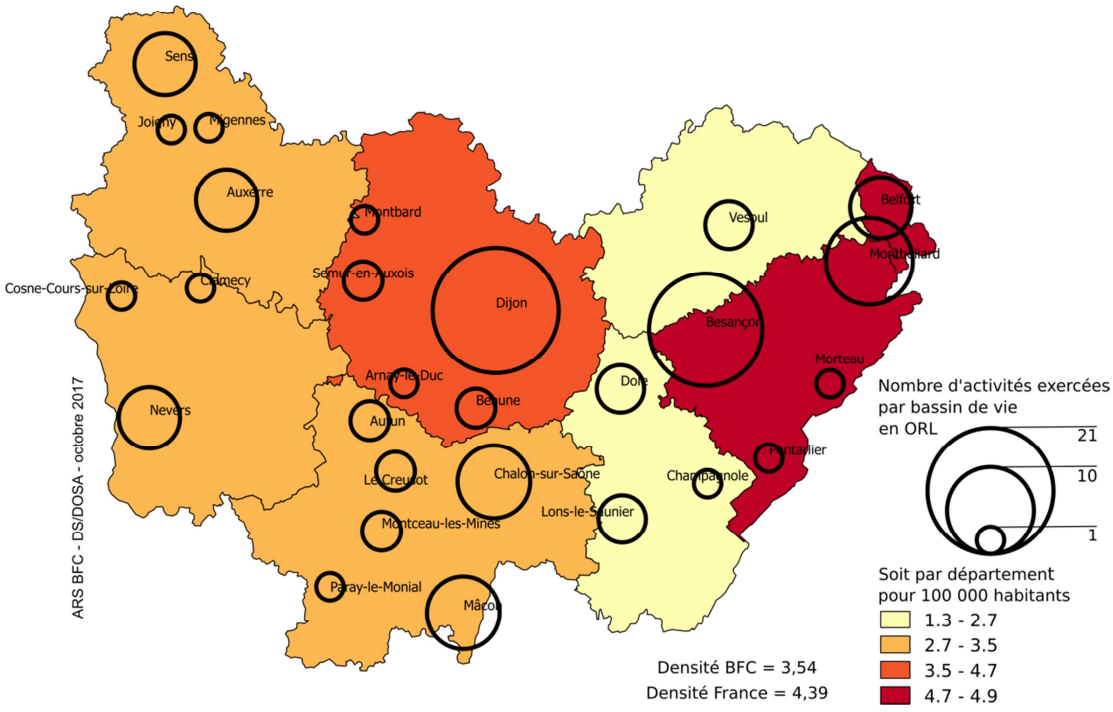
**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Gastro-entérologie**



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **gastro-entérologie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 4,82 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (5,5). Les départements les moins dotés sont le Jura et la Haute-Saône avec une densité entre 2,3 et 3,5 médecins pour 100 000 habitants. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains.

Sur le territoire Nord Franche-Comté la densité qui varie entre 5,5 médecins pour 100 000 habitants et 7,6 médecins pour 100 000 habitants est supérieure à la densité régionale (4,82) et nationale (5,46) ; globalement le Nord Franche-Comté est donc bien plutôt doté au regard des densités régionale et nationale.

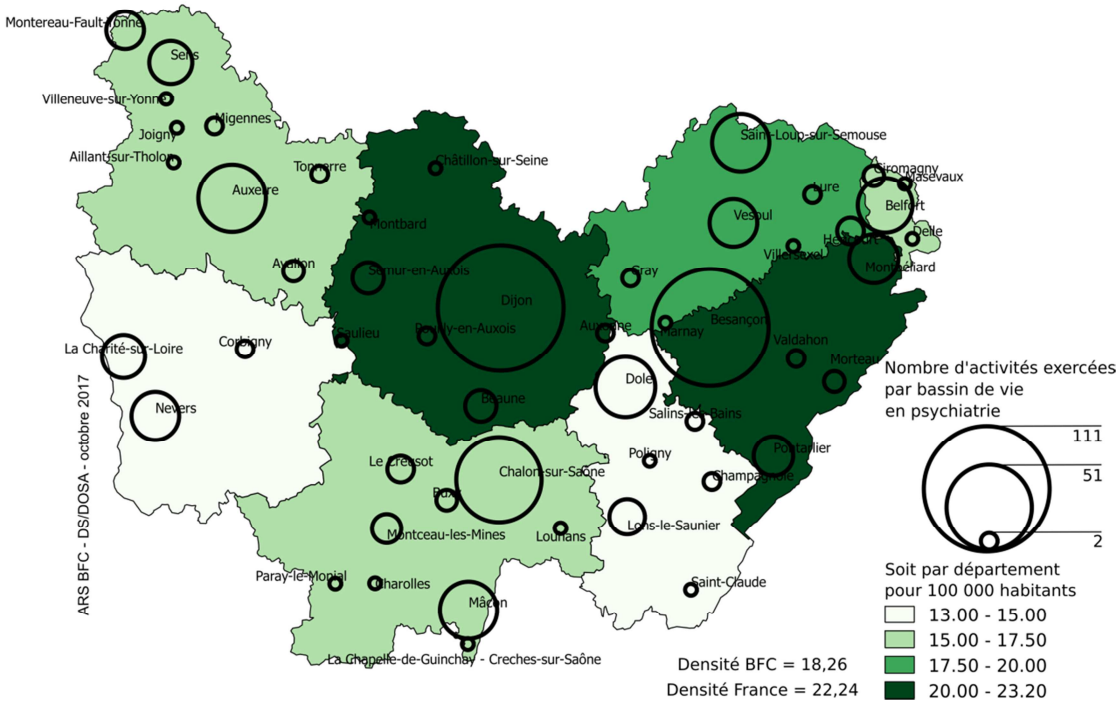
**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
O.R.L et/ou chirurgie cervico faciale**



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **O.R.L. et/ou chirurgie cervico-faciale** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 3,5 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (4,4). Les départements les moins dotés sont le Jura et la Haute-Saône avec une densité entre 1,3 et 2,7 médecins pour 100 000 habitants. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains.

Le territoire Nord Franc-Comtois a une densité entre 4,7 et 4 ,9 médecins pour 100 000 habitants soit une densité supérieure aux moyennes régionale (3,54) et nationale (4,39) ; globalement le territoire est donc bien doté en ORL.

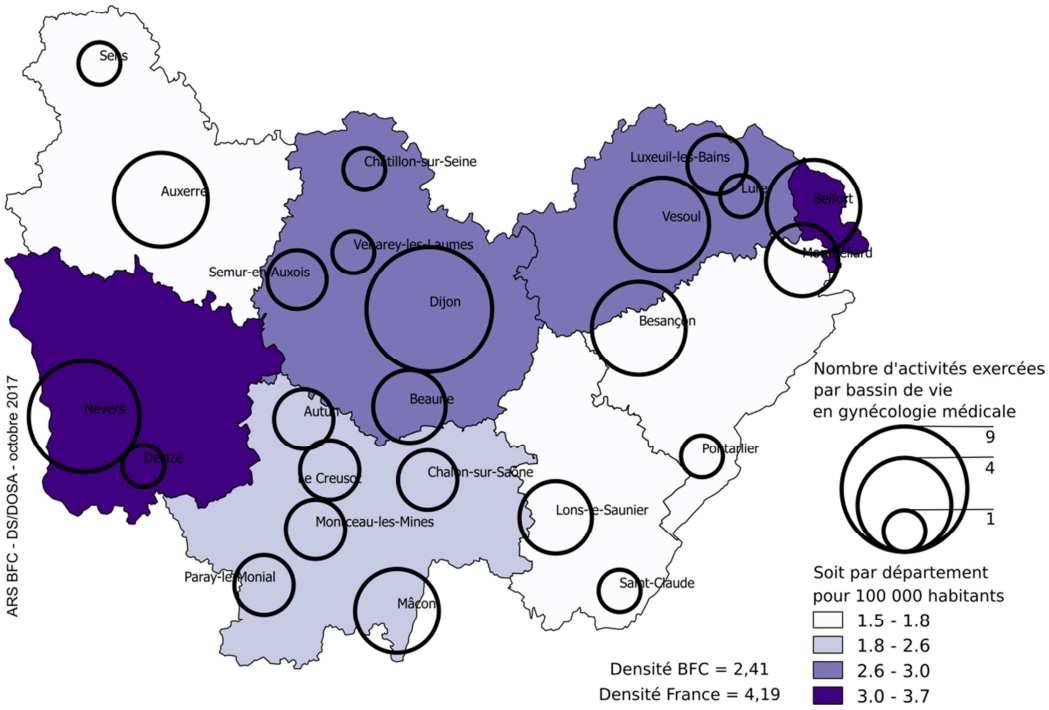
**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Psychiatrie**



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **psychiatrie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 18,3 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (22,2). Les départements les moins dotés sont la Nièvre et le Jura avec une densité entre 13,0 et 15,0 médecins pour 100 000 habitants. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains mais également dans des pôles de moindre densité de population.

Le territoire Nord Franche-Comté connait une situation contrastée puisque la densité de médecins pour 100 000 habitants sur le Territoire de Belfort de 15 à 17,5 est inférieure à la moyenne BFC (18,26) alors que sur le Pays de Montbéliard, la densité entre 20 et 23,2 médecins pour 100 000 habitants est conforme à la moyenne nationale 22,24) ; globalement la densité en psychiatres est plutôt faible par rapport aux densités régionale et nationale.

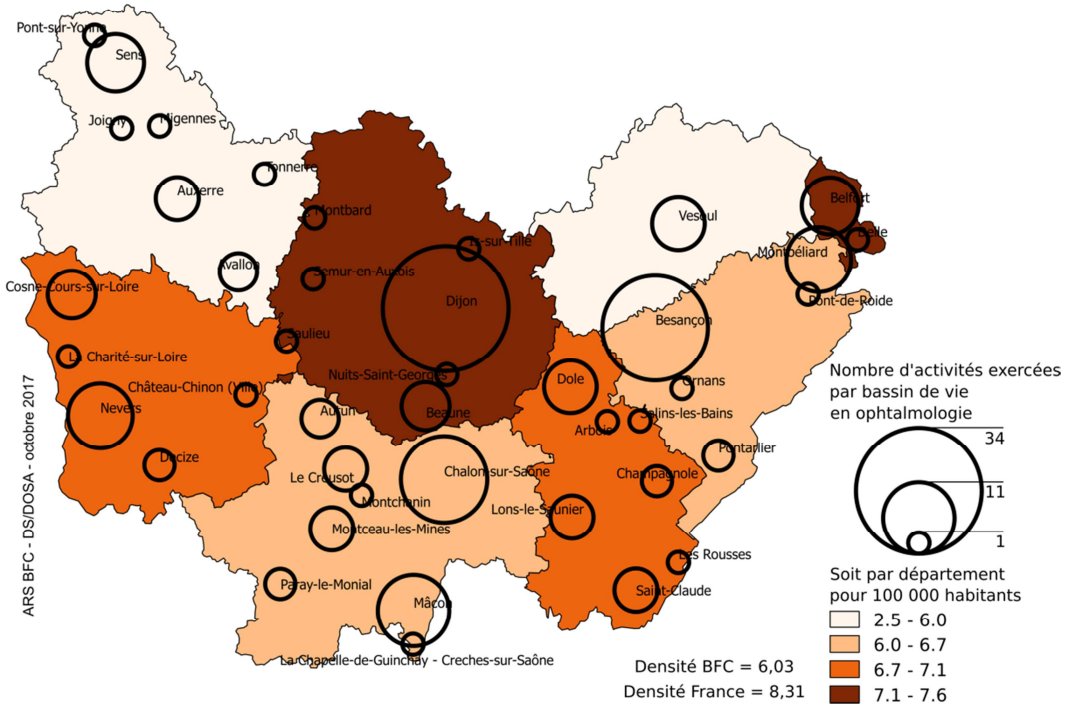
**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Gynécologie médicale**



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **gynécologie médicale** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 2,4 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (4,2). Les départements les moins dotés sont l'Yonne, le Jura et le Doubs avec une densité entre 1,5 et 1,8 médecin pour 100 000 habitants. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains.

Le Nord Franche-Comté a une densité de médecins plus faible sur le Pays de Montbéliard (entre 1 ,5 et 1,8 médecin pour 100 000 habitants) que la densité moyenne régionale (2,41) alors que sur le Territoire de Belfort, la densité entre 3 et 3,7 médecins pour 100 000 habitants est une des plus fortes de la région ; globalement l'offre en gynécologues sur le territoire NFC est plutôt faible par rapport aux densités moyennes régionale et nationale.

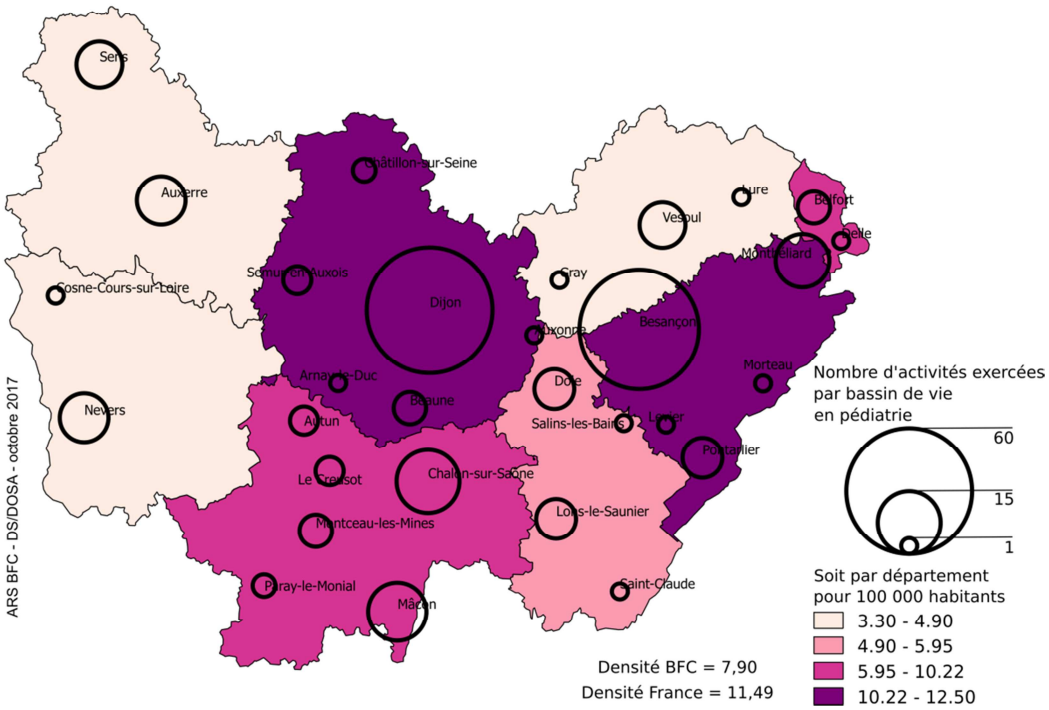
Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Ophtalmologie



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **ophtalmologie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 6,0 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (8,3). L'Yonne et la Haute-Saône sont les deux départements les moins dotés avec une densité inférieure à la densité régionale (entre 2,5 et 6 médecins pour 100 000 habitants). L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains

Sur le territoire Nord Franc-Comtois, le Territoire de Belfort est le territoire le mieux doté avec une densité entre 7,1 et 7,6 médecins pour 100 000 habitants alors que le Pays de Montbéliard a une densité moindre comparable à la densité régionale (de 6,03) entre 6 et 6,7 médecins pour 100 000 habitants ; globalement le territoire est moins bien doté qu'au niveau national.

**Médecins spécialistes libéraux et salariés,
densité par départements et nombre d'activités par bassin de vie,
juin 2017, Bourgogne-Franche-Comté
Pédiatrie**



La densité des médecins spécialisés libéraux et salariés en **pédiatrie** en juin 2017 (cf. carte) dans la région Bourgogne-Franche-Comté, de 7,9 médecins pour 100 000 habitants, est inférieure à la moyenne nationale (11,5). Les départements les moins dotés sont l'Yonne, la Nièvre et la Haute-Saône avec une densité entre 3,3 et 4,9 médecins pour 100 000 habitants. L'activité est concentrée sur les grands pôles urbains.

Sur le territoire Nord Franche-Comté, la densité sur le Pays de Montbéliard a une densité conforme à la densité nationale de 11,49 (entre 10,22 et 12,5 médecins pour 100 000 habitants) alors que le Territoire de Belfort a une densité plus faible (entre 5,95 et 10,22 médecins pour 100 000 habitants) inférieure à la densité BFC de 7,90 médecins pour 100 000 habitants ; globalement la densité est plutôt faible.

LES PERSPECTIVES

Compte tenu des éléments détaillés ci–dessus sur la démographie médicale (que ce soit au regard des effectifs ou de l'âge des médecins par spécialité) on constate que certaines spécialités sont ou seront en difficulté à court et moyen terme pour d'une part, répondre aux besoins de soins de la population et, d'autre part, développer des projets de soins à destination des publics fragiles en perte d'autonomie.

① Le développement de la Télémédecine et notamment de la **Télé expertise** qui permet à un médecin de solliciter à distance et en asynchrone un confrère (spécialiste en particulier) sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. La Télé-expertise connait un développement supplémentaire en 2017 sur le Nord Franche-Comté entre les médecins de MSP ou de cabinets et les spécialistes libéraux ou hospitaliers dans les spécialités de cardiologie, dermatologie.

② Un projet est également en cours entre l'ARS et le conseil départemental du Territoire de Belfort en ce qui concerne l'accès **aux consultations d'ophtalmologues** pour les enfants suivis par la PMI et l'ASE. En effet, au regard du nombre d'ophtalmologues sur le Territoire, les consultations urgentes notamment de la PMI et de l'ASE ne peuvent être satisfaites dans des délais raisonnables. Le CD 90 s'est rapproché d'un médecin, parti à la retraite en 2016, qui effectue des vacations pour ces jeunes enfants dépistés notamment en maternelle et à l'ASE. Le CD 90 met à disposition des locaux et assure la rémunération du médecin et l'ARS a participé à l'achat du matériel.
Un projet est actuellement à l'étude entre l'ARS et le CD 90 pour mutualiser ce matériel au profit d'autres publics (public précaire ou personne en situation de handicap par exemple) ; le problème reste la disponibilité en temps médical.

③ L'organisation de **consultations avancées de spécialistes de l'HNFC** sur des sites identifiés de soins qui permettent sur sa zone géographique d'intervention (Nord Franche-Comté), d'améliorer l'accès aux professionnels de santé au plus proche du lieu de vie du patient.
Ce temps de consultations de spécialistes favorise le repérage, le diagnostic précoce des pathologies et l'organisation de la prise en charge du patient.
Depuis l'implantation de l'HNFC sur le site de Trévenans au printemps 2017, des consultations avancées de diverses spécialités ont été organisées sur les sites du Mittan à Montbéliard et le site de l'ancien hôpital à Belfort du lundi au vendredi en matinée et après-midi.
Cette organisation pourrait être développée sur la ville d'Héricourt dans le cadre d'un projet conduit par la ville dans le cadre de l'extension de la MSP d'Héricourt.

④ Dans le cadre de la **réorganisation de l'offre sanitaire privée** à but lucratif sur le NFC (entre le groupe Dracy Santé et le groupe Noalys) il est prévu que les chirurgiens spécialistes qui travailleront sur le site de chirurgie de la JonXion se déportent sur la clinique de Montbéliard pour assurer des consultations avancées.
Cette réorganisation de l'offre sanitaire sur le territoire permettra entre les cliniques et l'HNFC d'établir des coopérations concernant notamment :

- L'organisation des activités de soins dans une logique de filière de soins coordonnée pour permettre une réponse efficiente de proximité à la population du territoire
- Le recrutement médical et paramédical compte tenu des difficultés de recrutement du territoire

⑤ Au regard du nombre de spécialistes notamment ophtalmologistes et gynécologues présents sur le territoire Nord Franche Comté, il conviendrait d'étudier une nouvelle organisation de parcours et d'offrir ainsi la possibilité aux patients d'accéder à une offre de soin.

Concernant le **recours aux soins gynécologiques**, une des pistes possible serait de promouvoir le rôle des sages-femmes au sein du parcours de santé de la femme. Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies. Ainsi, le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le code de la santé publique. Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception. Il serait donc intéressant de réfléchir à une coopération sage-femme/gynécologue permettant une prise en charge plus rapide de la population.

Concernant les **ophtalmologistes,** une des pistes envisagées serait d'augmenter le recours aux tests d'acuité visuelle réalisés par l'opticien, suivis par une visite chez le médecin généraliste délivrant une prescription médicale. Cette démarche permettrait de désengorger les agendas des ophtalmologistes et éviter aux patients un renoncement aux soins du à une attente trop longue ou une indisponibilité du médecin spécialiste. Cette réflexion devra être discutée et partagée avec l'ensemble des acteurs afin de garantir une prise en charge encadrée et sécurisée du patient.

Partie 5- Médico-social

L'offre médico-sociale repose sur des établissements et services qui s'adressent aux personnes âgées ou handicapées jeunes ou adultes. Elle vise à favoriser l'autonomie ou prendre en charge la dépendance de ces personnes.

Médico-social – champ des Personnes âgées

La Bourgogne Franche-Comté est l'une des régions françaises les plus avancées en âge, avec une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans atteignant 10,5% de la population régionale en 2015. Faire face à ce défi du vieillissement et à ses conséquences recouvre plusieurs enjeux d'ordre sanitaire, financier, éthique et organisationnel.

Les progrès de la médecine s'accompagnent en effet d'une augmentation du nombre de personnes qui vieillissent avec plusieurs pathologies chroniques et handicaps synchrones. Ces personnes sont vulnérabilisées et leur accompagnement, comme la prise en charge médicale, est complexe, nécessitant la mobilisation de compétences dans le champ éthique, médical, social et un travail coordonné en interdisciplinarité.

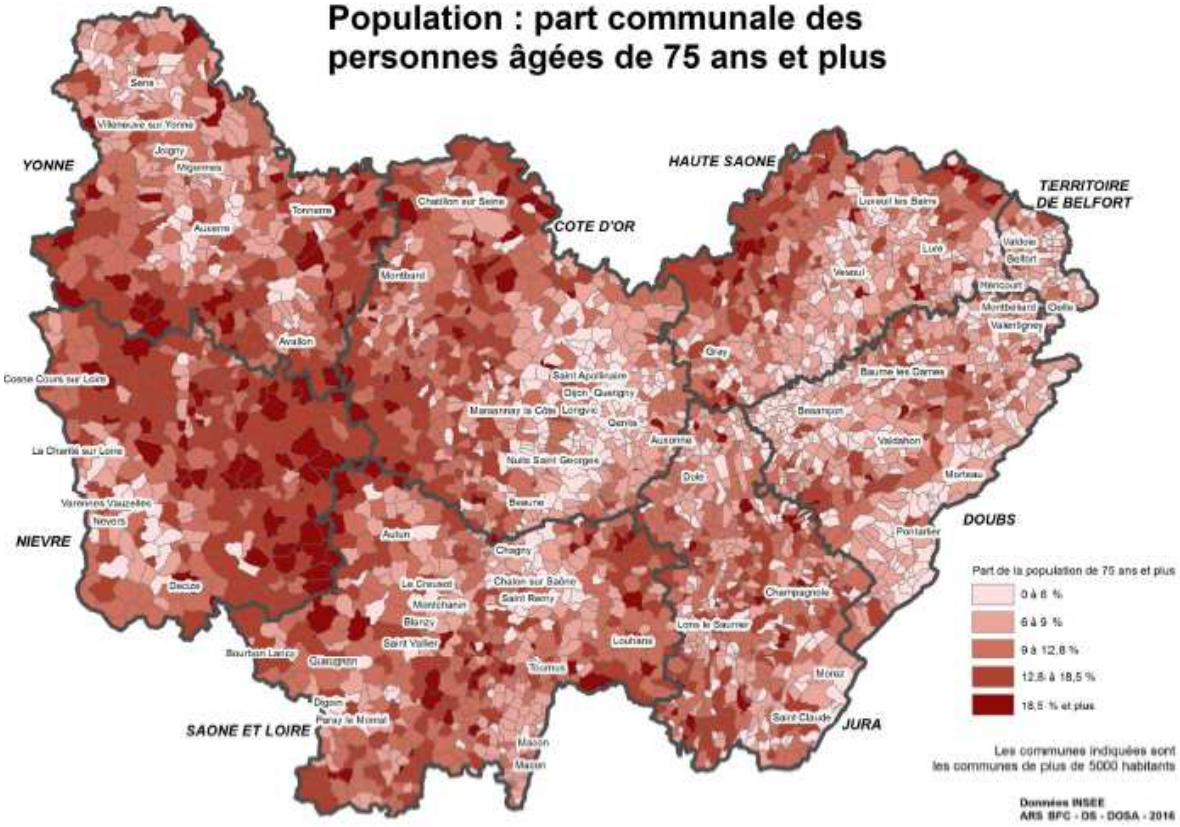
L'augmentation des hospitalisations et ré-hospitalisations, principalement dues à 4 facteurs de risques (les chutes, la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et la dépression), doit être maîtrisée afin de limiter au maximum celles qui peuvent être évitées.

La population âgée potentiellement dépendante approcherait, quant à elle, les 85 000 habitants pour la région en 2020, en progression de 12% par rapport à 2014.
Le soutien à domicile, en ce qu'il constitue une réponse aux souhaits d'une grande majorité de la population, accompagne en profondeur la prise en charge des aînés mais aussi de leurs aidants. L'évolution de la structure familiale impacte également les modalités de cette prise en charge.
Corollaire du soutien à domicile, l'accueil en établissement médico-social doit également être adapté à cette évolution de l'âge et de la dépendance, mais aussi à l'augmentation des troubles psycho-comportementaux.

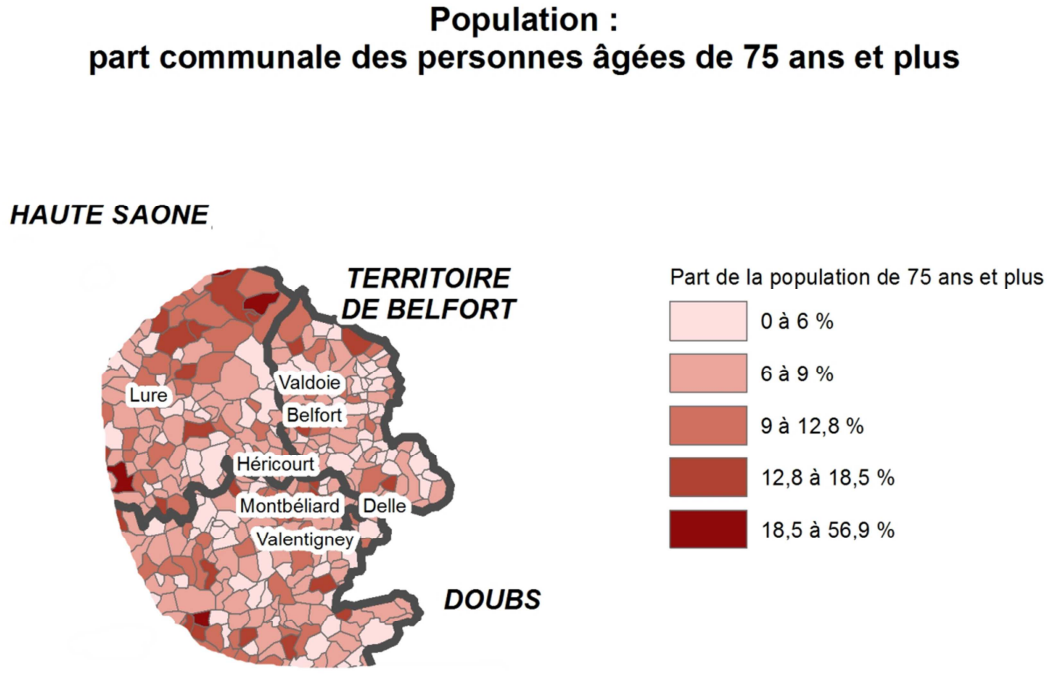
Optimiser l'existant et innover en matière d'organisation des soins et de prise en charge de la personne dans le cadre d'une approche globale, transversale, pluridisciplinaire, et adaptée à la spécificité de la personne âgée, constitue une forme de réponse qui inclut les champs de la prévention, des soins et de l'accompagnement. Il importe d'agir très en amont de l'entrée en dépendance par un repérage des personnes à risques, en mobilisant l'ensemble des acteurs et ce, en articulation avec les schémas départementaux pour l'autonomie des personnes âgées.

LES CONSTATS

Le Nord Franche-Comté compte en 2015, 27 922 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 9 % de la population totale ; globalement le vieillissement est moins marqué que dans la grande région Bourgogne Franche-Comté (BFC).



<u>Focus Territoire Nord Franche-Comté</u> :



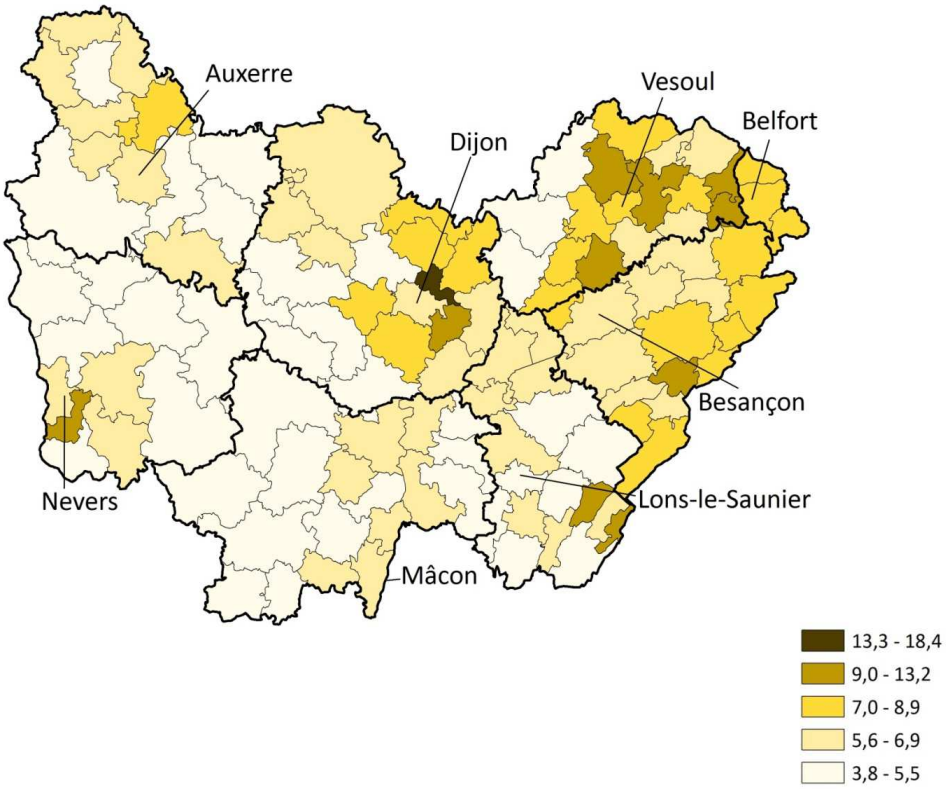
Le rapport intergénérationnel, ratio entre les personnes des classes d'âges de 50-64 ans et celles de 85 ans et plus, permet de rapporter la part de personnes appartenant aux générations pivot (50-64 ans) pouvant se trouver en position d'aidant informel, à celle des générations âgées (85 ans et plus) représentant leur parent.

En Bourgogne-Franche-Comté, on compte en moyenne 6 aidants potentiels pour une personne âgée de 85 ans et plus, contre près de 7 en France métropolitaine. Les disparités entre les départements sont fortement marquées. La Nièvre (5 aidants potentiels pour une personne de 85 ans et plus), la Saône-et-Loire (5), le Jura (6) et l'Yonne (6), présentent les ratios intergénérationnels les plus faibles, soit moins d'aidants susceptibles d'assurer un soutien informel auprès d'une personne âgée de 85 ans et plus.

A l'échelle infra-départementale, le ratio varie entre 4 et 18 aidants potentiels pour une personne de 85 ans et plus, selon les EPCI.

↳ Le Nord Franche-Comté se caractérise par l'existence d'un rapport intergénérationnel supérieur à 7, comme la moyenne nationale. Les 5 EPCI sont ainsi localisés dans le territoire de la région dont le ratio est le plus important, ce qui représente une force pour le Territoire NFC.

Rapport intergénérationnel entre les personnes âgées de 50-64 ans et les 85 ans et plus dans les EPCI de Bourgogne-Franche-Comté



Source : Insee (RP 2013), exploitation ORS

Les personnes âgées dépendantes

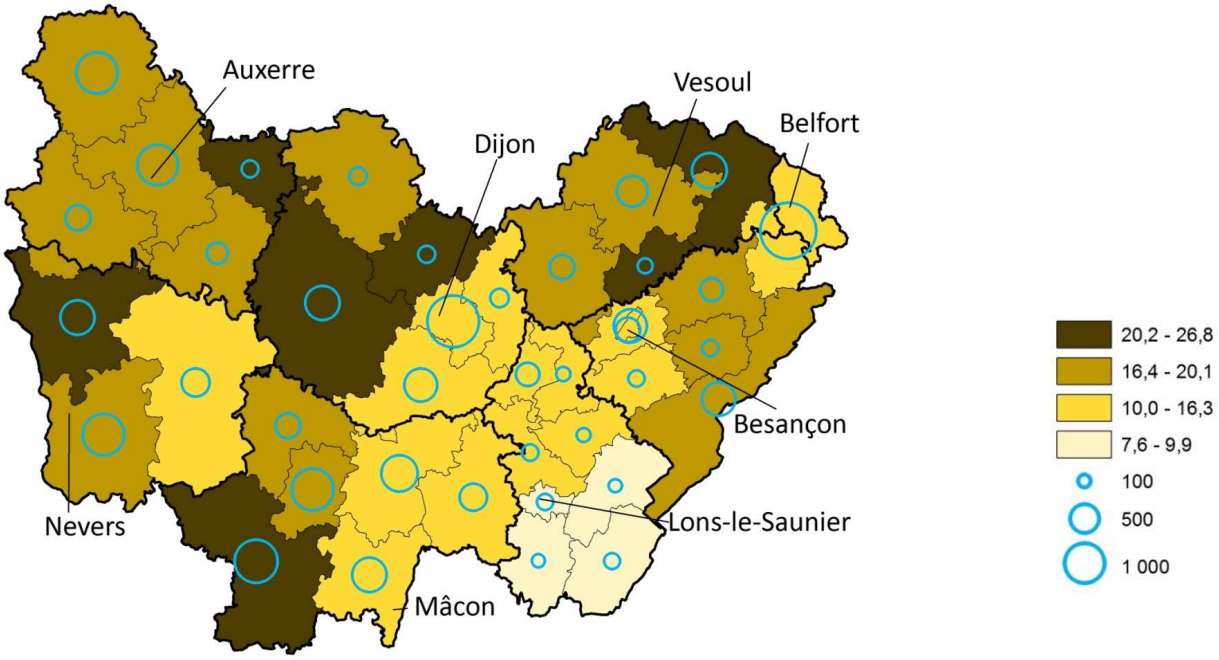
En 2016, la Bourgogne-Franche-Comté présente 701 361 personnes de 75 ans et plus domiciliées en Bourgogne-Franche-Comté, dont 117 542 bénéficient de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile. Cela représente près de 17 % des personnes de 75 ans et plus domiciliées en Bourgogne-Franche-Comté.

Des disparités infrarégionales existent, les départements de la Haute-Saône (20,2 %), la Nièvre (18,5 %) et l'Yonne (18,1 %) présentent les parts de bénéficiaires de l'APA à domicile de 75 ans et plus les plus importantes.

A l'échelle infra-départementale la proportion de personnes de 75 ans et plus bénéficiant de l'APA à domicile varie de 7,6 % (Champagnole-Nozeroy-Pays des lacs) à 26,8 % (Pays Riolais/Montbozon/Chanois).

↳ Il est à noter que le Territoire Nord Franche-Comté recense moins de personnes âgées dépendantes bénéficiant de l'APA que la moyenne régionale. En effet, sa proportion de personnes âgées dépendantes reste inférieure à 16,3%, bien qu'il y ait plus de 1000 bénéficiaires. Ceci s'explique par la forte densité de population présente sur le Territoire Nord Franche-Comté.

Allocation Personnalisée d'autonomie : Part des personnes âgées dépendantes parmi les personnes âgées de 75 ans et plus par territoires de contractualisation, en 2015 (Nièvre) et 2016 (autres départements)



Source : Conseils départementaux de Bourgogne-Franche-Comté, (exploitation ORS)

En termes d'équipements

Si le Nord Franche-Comté était plutôt bien doté en offre de services pour Personnes Agées avec 2 285 places en EHPAD toutes activités confondues (25 sites dont 3 unités de vie), représentant un taux d'équipement de 87,27 places/1 000 Personnes âgées de 75 ans et plus (comparable au taux régional FC de 88,4), il apparait moins bien doté au regard de la région BFC. En effet, ce taux est très nettement inférieur au taux d'équipement régional BFC qui est de 111,3 places/1 000 Personnes âgées de 75 ans et plus pour un taux national de 100, 4 places/1 000 (source STATISS – 01/01/2015).

En ce qui concerne la répartition des places d'hébergement pour personnes âgées entre public et privé sur le NFC, l'offre publique représente près de ¼ de l'offre totale sur ce territoire. Cette offre publique est concentrée sur 5 établissements publics répartis sur 8 sites différents entre les trois départements qui composent le Nord Franche Comté. L'offre privée est essentiellement une offre privée associative.

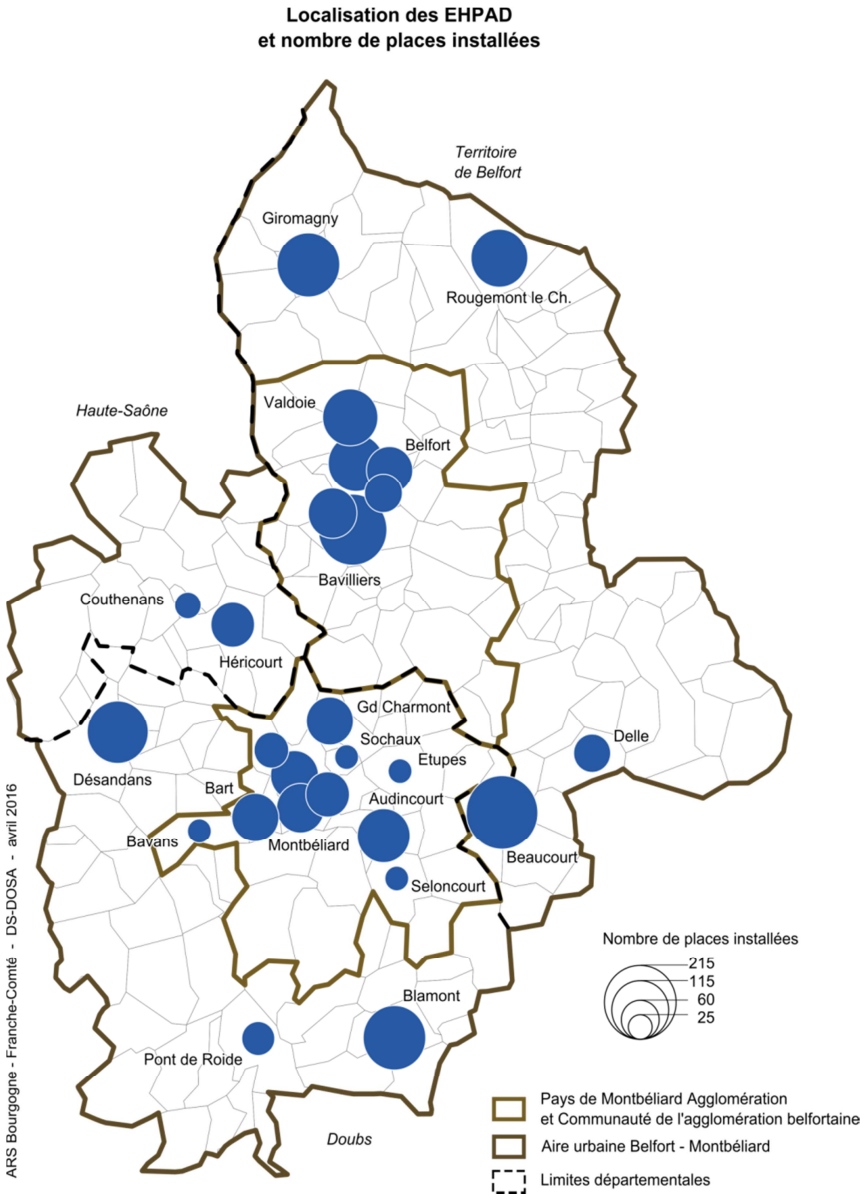
Sur cette partie Franc-comtoise de la région, seul le Pays de Montbéliard depuis 2009, a vu la création de 339 places d'EHPAD pour avoir un équipement de proximité qui réponde aux besoins de la population.

En ce qui concerne les **places de services de soins**, ce territoire compte 624 places de SSIAD (11 services) pour un taux d'équipement de 24,25 places de SSIAD/1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (supérieur au taux régional BFC de 22,5) ; ce territoire est, en fait, le territoire le mieux doté sur la partie Franc-Comtoise et sur la grande région BFC, qui compte un taux d'équipement régional BFC de 20,4 places/1 000 personnes âgées de 75 ans et plus pour un taux national de 19,8 places/1 000 (source STATISS – 01/01/2015).

Il est à noter, à la faveur du **plan Alzheimer** (2008-2012), le développement d'une offre de services spécialisée sur le territoire dans la prise en charge des Maladie Alzheimer et Maladies apparentés (MAMA) par la création de 8 PASA (Pôle d'Activités et des Soins Adaptés) en EHPAD, d'une

Plateforme d'Accompagnement et de Répit (PFAR), 2 ESA (équipes de soins spécialisés) et d'une MAIA unique qui couvre le Territoire NFC.

La diversification de l'offre pour personnes âgées comprend également la création de places **d'accueil temporaire** (accueil de jour et hébergement temporaire en établissement). Le Nord Franche-Comté comptabilise ainsi 44 places d'hébergement temporaire et 110 places d'accueil de jour. Il est à noter que certaines de ces places d'hébergement temporaire sont mobilisées dans le dispositif de places alternatives à l'hospitalisation mis en place depuis 2014 dans le cadre l'expérimentation du Parcours de Santé des Personnes Agées (PSPA) du Territoire Nord Franche-Comté.



Sur ce territoire, trois structures coordonnent l'action des acteurs de ce secteur dans le but d'apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes ; il s'agit de la Coordination de Gérontologie du Pays de Montbéliard, de la Confédération de Gérontologie du Territoire de Belfort et de Géronto 70.

Ce secteur médico-social est géré en compétence conjointe avec le Conseil Départemental qui est le chef de file de l'action sociale en faveur des personnes âgées. La particularité de l'organisation de l'Agence à l'échelle du Nord Franche-Comté, qui est répartie sur 3 départements, nécessitera une interface par la DD NFC avec les Délégués Départementaux des départements du Doubs et de la Haute-Saône, qui restent les interlocuteurs des Conseils Départementaux.

Il en est de même en ce qui concerne la gestion de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées qui reste départementale. Cependant le programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention à destination des personnes âgées, défini par chaque conférence des financeurs, devra prendre en compte les priorités définies sur le territoire Nord Franche-Comté à destination de ce public.

LES PERSONNES AGEES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

Les actions travaillées actuellement sur les territoires concernent essentiellement le développement d'actions de prévention à destination des personnes âgées dans le but de préserver leur autonomie.

LES PERSPECTIVES

Les projets de développement et/ou de restructuration de l'offre pour Personnes âgées engagés sur le territoire NFC tels que la :

- restructuration de l'EHPAD de Giromagny,
- relocalisation et développement de l'offre de l'EHPAD de BONNEF (pôle gérontologique Pompidou),
- restructuration et projet médical du CHSLD « le Chenois » qui sera intégré dans le projet médical partagé élaboré dans le cadre de la mise en place du GHT NFC,
- restructuration des Unités de Vie du CD 25 (délégation de service à la MFD),
- expérimentation de SPASAD (CCAS du Belfort, DOMICILE 90, CCAS Montbéliard, SOLI'CITES)
- coordination entre aide et soins à domicile porté par SOLI'CITES,
- construction d'une filière gériatrique dans le cadre du projet médical partagé du GHT Nord Franche-Comté.

s'inscriront dans un projet transversal qui est **le parcours de santé des Personnes âgées.**

En effet, le territoire NFC a été retenu dans le plan d'action régional BFC pour être un territoire de renforcement du parcours de santé des personnes âgées, fort de son expérience dans la conduite de l'expérimentation du « PSPA (parcours de santé pour personnes âgées) Franche-Comté »

Compte tenu de sa nature transversale (entre les 3 secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social), aux multiples acteurs concernés, ce projet pourra intégrer le futur contrat local de santé.

Les objectifs du parcours Personnes Agées, qui concerne les personnes de plus de 75 ans vivant à domicile, visent en effet :

- à améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, en réduisant le recours à l'hospitalisation et la durée des hospitalisations complètes ainsi qu'en améliorant les conditions de prise en charge des personnes âgées hospitalisées,

- à adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- à créer des conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

La démarche promeut une action en amont du risque de perte d'autonomie en agissant notamment sur les quatre motifs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée que sont la dépression, la dénutrition, les chutes et la iatrogénie médicamenteuse.

Cette approche par parcours permet d'avoir une approche populationnelle et non thématique intégrant l'ensemble des acteurs intervenant, à un moment ou à un autre, dans le parcours de santé de la personne âgée de 75 et plus habitant un territoire défini.

Une question de cohérence vient se poser sur ce parcours de santé de la Personne Agée à l'échelle de notre territoire. En effet, le département du Doubs avec PMA (qui constitue une partie du Territoire NFC) a été retenu comme nouveau territoire expérimental pour développer le programme national PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) à décliner selon un cahier des charges national avec un financement national fléché de l' Assurance Maladie) alors que le reste du territoire NFC (le Territoire de Belfort et le Pays d'Héricourt) restent dans la déclinaison du parcours de santé au niveau régional (cadrage et financement régionaux).

Compte tenu du fait que l'expérimentation franc-comtoise portait sur le territoire NFC, il serait opportun au regard de la communauté des opérateurs sur ce champ (hôpital, aide à domicile, SSR, EHPAD, MAIA, projet de filière gériatrique...) de travailler ce projet sur le même territoire ; des échanges sont en cours avec le niveau national sur ce point.

Dans le cadre de l'élaboration du contrat local de santé Nord Franche-Comté, à l'aune de l'étude du parcours de santé de la personne âgée, un groupe de travail réuni sous l'égide du Conseil Territorial de Santé a travaillé à la déclinaison locale du parcours sur le territoire.

Dans le cadre de **l'accompagnement de la personne âgée à domicile**, différentes pistes de travail ont été retenues pour améliorer la prise en charge et répondre à la demande de maintien à domicile des personne âgée :

- Améliorer la coordination des acteurs de la prise en charge à domicile est le principal levier d'amélioration :
    - Structurer la PTA (plateforme territoriale d'appui)
    - Favoriser la communication entre le médecin traitant, les intervenants libéraux et les acteurs du domicile pour limiter les points de rupture dans le parcours des personnes âgées
    - Valoriser les temps de coordination des divers intervenants (libéraux et SAAD notamment)
    - Développer des supports communs pour l'échange d'informations (dans la prise en charge quotidienne mais aussi en sortie d'hospitalisation)

- Reconnaître et développer le rôle des intervenants à domicile dans la mesure où leur intervention est souvent quotidienne :
  - Améliorer la coordination entre les services d'aide à domicile (expérimentation SPASAD) et les professionnels soignants
  - Former au repérage les aides à domicile pour faciliter les échanges d'informations.

- Promouvoir l'offre de prévention sur l'ensemble du territoire : lutter contre la iatrogénie de manière préventive :
  - Elaborer une fiche de repérage à destination des pharmaciens pour encadrer la préparation et la prise des médicaments
  - Travailler sur la conciliation médicamenteuse

- Mieux accompagner et former les aidants :
  - Développer des structures d'accueil temporaire pour l'aidé
  - Développer des structures de « répit »
  - Sensibiliser les familles aux actions de prévention
  - Améliorer l'accès des accueils de jour via la mise en place de transports.

Dans le cadre de **l'accompagnement de la personne âgée en établissement**, les constats établis permettent de déterminer les axes d'amélioration suivants :

- Adapter l'offre de prise en charge à la dégradation de l'état de santé des personnes âgées accueillies :
  - Réaliser des bilans bucco-dentaires à l'entrée en institution pour lutter contre les risques de dénutrition
  - Former et sensibiliser les personnels au repérage des risques de dépression et aux nouvelles méthodes d'accompagnement (formation ASG)
  - Faciliter le recours à des ressources dites « expertes » (équipes mobiles, HAD, télémédecine) pour répondre aux besoins des personnes âgées sans recourir systématiquement à l'hôpital

- Faciliter la coordination et la coopération des acteurs pour assurer une certaine continuité dans le parcours du patient :
  - Structurer la plateforme territoriale d'appui
  - Développer la communication et l'échange d'informations entre les professionnels intervenant dans la prise en charge de la personne âgée par l'utilisation du logiciel e-Ticss
  - Mettre en place des protocoles de coopération et des conventions pour améliorer la prise en charge globale de la personne âgée.

- Réduire les hospitalisations et limiter les passages aux urgences des personnes âgées :
  - Mobiliser les équipes mobiles de la filière gériatrique
  - Développer les solutions d'hébergement temporaire « d'urgence » pour assurer une meilleure transition entre l'hôpital et le domicile
  - Professionnaliser les équipes en EHPAD et organiser une astreinte IDE de nuit

Médico-social – champ des Personnes handicapées

Le rapport mondial sur le handicap indiquait, en 2011, que « de nombreuses personnes en situation de handicap n'ont pas accès sur un pied d'égalité aux soins de santé, à l'éducation et à l'emploi, ne bénéficient pas des services spécifiques au handicap dont elles ont besoin et se sentent exclues des activités de la vie quotidienne ».

L'ambition conduite, au niveau national, par Marie-Sophie DESAULLE, missionnée en 2014 pour préciser les étapes et les modalités de la mise en œuvre du rapport PIVETEAU, est de pouvoir faire adhérer l'ensemble des départements à la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » qui repose sur 4 axes complémentaires :

- Axe 1 : la mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH
- Axe 2 : le déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous
- Axe 3 : la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs
- Axe 4 : l'accompagnement au changement des pratiques

Conformément à l'objectif annoncé d'une plus grande coordination des acteurs dans la construction d'une réponse adaptée à chaque situation, les 8 départements de la région Bourgogne-Franche-Comté s'engagent dans cette démarche, soutenus par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Suite à un diagnostic régional, réalisé en 2015, sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, les constats régionaux rejoignent les constats nationaux :

- un accès difficile aux soins de 1er recours ;
- une coordination non optimale des acteurs du suivi (médico-social/sanitaire/ acteurs du domicile) ;
- un environnement des urgences peu adapté ;
- un manque de sensibilisation et de formation des professionnels de santé ;
- un manque d'innovation dans l'accès aux soins ;
- un manque de partage des initiatives existantes.

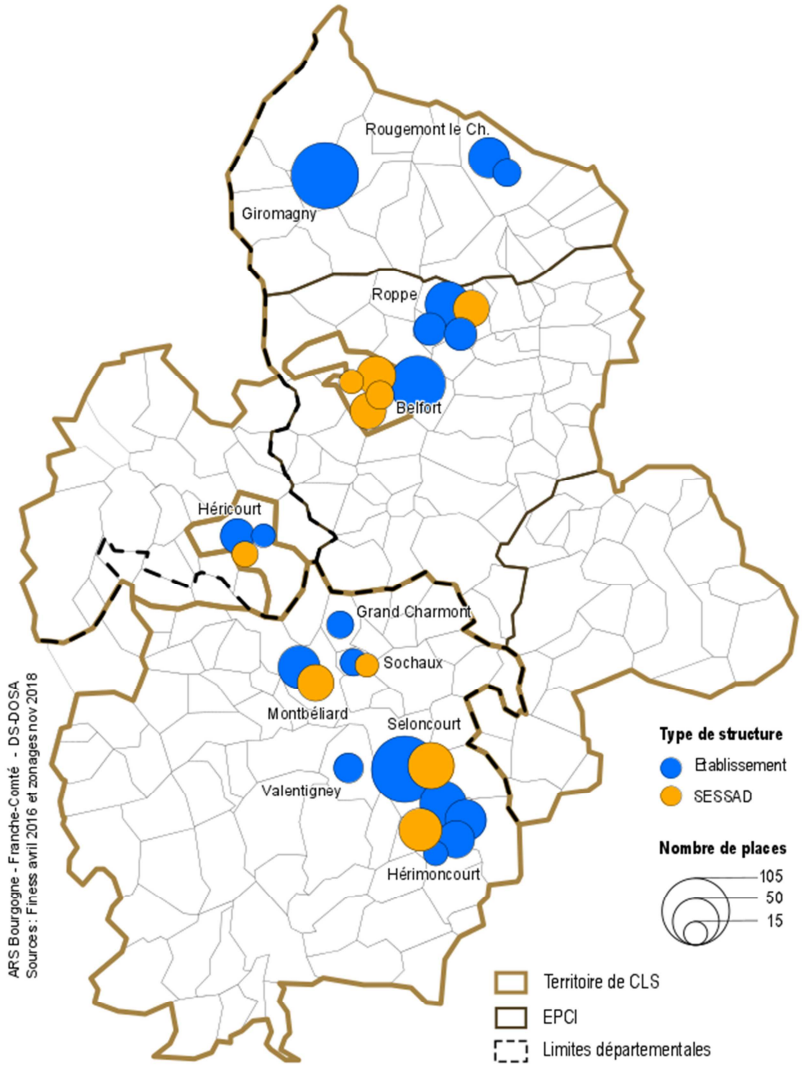
L'ambition du parcours est surtout de mettre en œuvre, avec tous les acteurs de notre région, les recommandations des rapports rendus sur le sujet et les axes des différents plans nationaux : la démarche nationale « réponse accompagnée pour tous » et ses 4 axes, le 3ème plan autisme et le futur 4ème plan, le second schéma national sur le handicap rare et la stratégie quinquennale sur l'évolution de l'offre médico-sociale.

LES CONSTATS

Le Nord Franche-Comté est couvert par une offre médico-sociale pour enfants et adultes handicapés globalement satisfaisante et diversifiée en termes de type de handicap.

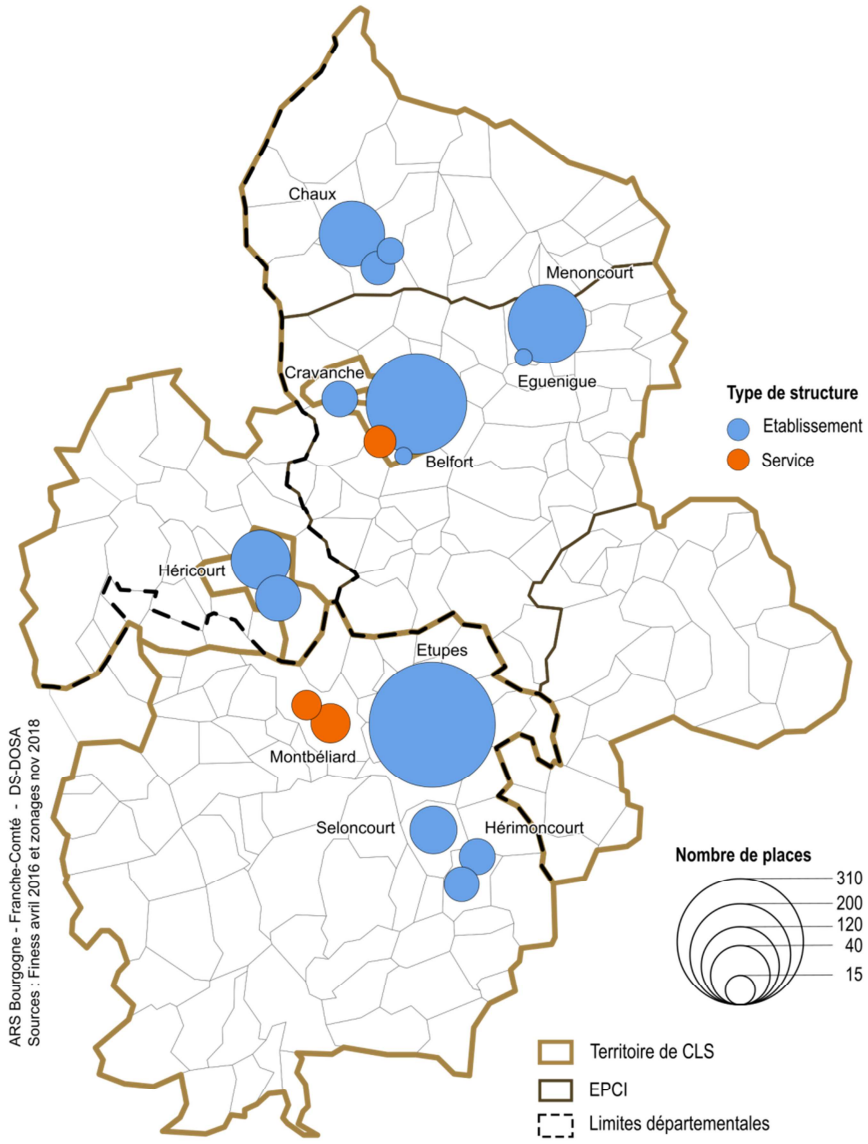
L'offre en services et établissements médico-sociaux pour enfants handicapés s'élève à 1 042 places dont 483 en IME et 312 en SESSAD.

Localisation et nombre de places des structures (établissements et SESSAD) pour enfance et jeunesse handicapée



L'offre à destination du public adulte en situation de handicap comporte 2 193 places, dont 724 en ESAT, 402 en SAVS, 177 en MAS et 58 en SSIAD.

Localisation et nombre de places des structures (établissements et services) pour personnes adultes handicapées



Le Nord Franche-Comté est couverte par une offre médico-sociale pour enfants et adultes handicapées globalement satisfaisante et diversifiée en termes de type des handicaps.
Des associations gestionnaires présentes sur le territoire offrent des capacités d'accueil destinées :

- aux enfants et adultes souffrant de déficiences intellectuelles, de troubles envahissants du développement,
- aux enfants souffrant de handicap moteur et de troubles du caractère et du comportement,
- aux adultes souffrant de handicap psychique, cérébro lésés.

Certaines de ces structures, compte tenu de leur spécificité d'organisation et d'accueil, ont un rayonnement plus large que le territoire Nord Franche Comté.

Les gestionnaires de ce territoire se sont engagés dans une forte politique de contractualisation avec l'ARS leur permettant de recomposer l'offre par redéploiement pour organiser la fluidité des parcours des jeunes au regard de leurs besoins, pour adapter l'accompagnement des publics accueillis, pour favoriser l'inclusion en milieu ordinaire et l'autonomie et permettre le maintien à domicile.

On note d'ores et déjà des initiatives communes des gestionnaires de l'offre à l'échelle de ce territoire telle que :

- le SAMSAH / AFTC,
- la collaboration de SESAME AUTISME FC et ADAPEI 90,
- la gestion de l'Unité d'enseignement pour TED en maternelle par l'AHSFC, la gestion d'une unité d'enseignement pour TED en primaire par ADAPEI 90
- la création d'une équipe mobile portée de soutien aux ESMS accueillant des personnes autistes pour l'Aire urbaine, portée par SESAME AUTISME FC
- des gestionnaires implantés sur l'Aire Urbaine telles que la Fondation Arc en Ciel, l'association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.

LES PERSONNES HANDICAPEES DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

Les axes travaillés dans le cadre des contrats locaux de santé ou plans d'actions sur les territoires visent à favoriser le parcours de soins de la personne handicapée :

- en développant des outils de communication adaptés à destination des professionnels de santé,
- en favorisant les conditions d'accueil et l'organisation des consultations des personnes en situation de handicap,
- en organisant le parcours de soins des travailleurs handicapés en ESAT.

LES PERSPECTIVES

Dans le cadre des travaux conduits sur l'égide du Conseil territorial de santé sur la thématique « parcours des personnes handicapées » dans le cadre notamment de l'élaboration d'un nouveau contrat local de santé Nord Franche-Comté, certaines pistes d'amélioration sont bien identifiées.

Dans le cadre de **l'accès aux soins en milieu hospitalier**, qui nécessite d'être amélioré, différentes pistes de travail ont été définies, dont les principales sont les suivantes :

- Développer le réseau **« Handident »** : Dispositif, initié par un comité régional d'entente du Handicap (CERH) qui regroupe des associations du Nord Franche-Comté, il couvre ce même territoire. Ce réseau, qui met en synergie les associations, les Conseils de l'ordre des chirurgiens –dentistes du Doubs et du Territoire de Belfort vise à favoriser la prise en charge des soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap. Des conventions sont conclues avec l'HNFC et le CHRU. Ce réseau doit être conforté par l'installation d'un 2ème fauteuil par l'HNFC.

- Mettre en place le dispositif **« Handiconsult »** : Dispositif initié dans le cadre du Programme Régional de Santé de l'ARS, il a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées par l'aménagement de consultations permettant une prise en charge personnalisée et accompagnée, avec un temps d'attente réduit avant le rendez-vous.
- Mettre en place un **circuit adapté** lors de l'admission aux urgences
- Développer **la télémédecine** et l'acculturation des personnels soignants au handicap.
- Créer une **fiche de liaison** uniformisée pour tous les établissements et le domicile,

Dans le cadre de **l'accès aux soins de ville**, des perspectives de travail ont été élaborées à la lumière des constats réalisés par les professionnels et les usagers au sein des groupes de travail :

- Créer un **réseau « HANDICAP »** réunissant les ESMS, les praticiens libéraux et les praticiens hospitaliers permettra de limiter les points de rupture dans le parcours de santé des personnes en situation de handicap.
- Recourir à l'**HAD** et sensibiliser les professionnels de santé aux différents types de handicap.

Améliorer la **coordination des acteurs** :

- Renforcer les conventions conclues entre ESMS et EN ou dans le cadre de la plateforme psychiatrie et santé mentale.
- Développer des projets en vue d'adapter les structures existantes à l'accompagnement des PH en fonction de leurs besoins, de même que le développement d'une équipe mobile de liaison en pédopsychiatrie permettront d'améliorer l'offre existante.

Dans le cadre de la **réponse au vieillissement des personnes en situation de handicap**, enjeu de plus en plus important, des axes de réflexion ont été envisagés pour le public handicapé vieillissant vivant en milieu autonome :

- Travailler avec les bailleurs sociaux au sujet de l'habitat
- Former les personnels intervenant au domicile à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en milieu autonome
- Améliorer le temps de prise en charge des SAVS / SAMSAH
- Développer des formules d'aide aux aidants et de répit
- Développer l'accueil en famille agréées par les CD

Dans le cadre de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en établissement, différentes propositions ont été retenues pour améliorer l'accompagnement de ce public :

- Médicaliser les foyers de vie et les foyers d'hébergement pour que les PHV puissent rester plus longtemps chez elles
- Organiser un accueil spécifique et adapté des PHV en EHPAD
- Faire évoluer les établissements et services médico-sociaux pour fluidifier les parcours et leur permettre de s'adapter aux besoins de la PHV tout au long de son accompagnement

Partie 6- Offre sanitaire (accès et recours)

L'offre sanitaire du Nord Franche-Comté a connu et va continuer à connaître des transformations :

L'Hôpital Nord Franche-Comté est installé sur le site de Trévenans depuis mars-avril 2017. Sur les sites périphériques, subsiste une activité médicale :

- sur le site du « Mittan », à Montbéliard, sont maintenus des services de consultations avancées, d'oncologie, de radiothérapie médicale, de soins de suite et réadaptation, un centre de prélèvement/laboratoire, un centre d'imagerie (un IRM et un scanner).
- Sur le site de Belfort « ancien hôpital » sont maintenus un centre de prélèvement/laboratoire et des consultations avancées.
- Sur le site de Bavilliers, un service de soins de suite et réadaptation pour personnes âgées.

La **clinique de Montbéliard** qui disposait de lits en médecine et en obstétrique a fermé en 2015. La caducité de l'autorisation a été prononcée en mars 2016. Après diverses étapes de négociation sur l'année 2017 entre les opérateurs sanitaires (HNFC, le groupe NOALYS et le Groupe DRACY) le projet de NOALYS implanté sur Montbéliard sera dédié à l'activité de SSR avec des consultations avancée ou déportées s de spécialistes qui seront réalisées par les chirurgiens de la clinique de la Miotte.

La clinique de la Miotte, à Belfort, délivre aujourd'hui des soins en chirurgie et en soins de suite et réadaptation. Après diverses étapes de négociation sur l'année 2017 entre les opérateurs sanitaires (HNFC, le groupe NOALYS et le Groupe DRACY) le projet de clinique de la Miotte qui sera implanté sur le site de la JonXion sera dédié uniquement à l'activité de chirurgie.

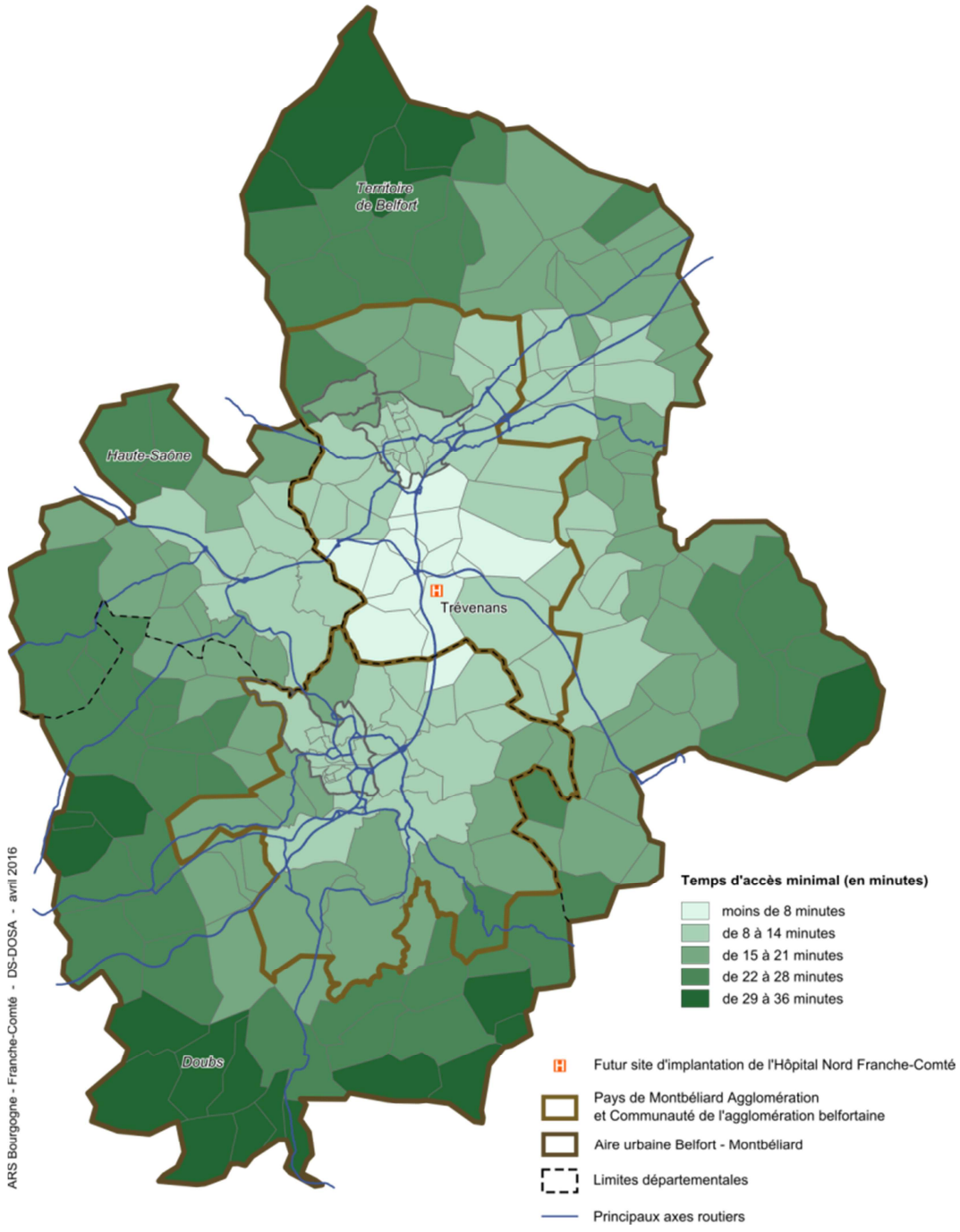
Le **CMPR** (centre de médecine physique et de réadaptation) d'Héricourt qui assure la prise en charge en soins de suite et de réadaptation des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux et les EVC (état végétatifs chroniques) par l'organisation en filières en neurologie et en locomoteur ; le CMPR est également autorisé en ETP (éducation thérapeutique du patient) pour divers programmes (maladie de Parkinson, paraplégie, SEP, AVC et lombalgie).

La constitution du **GHT** (groupement hospitalier de territoire) NFC (Nord Franche-Comté) au 1er juillet 2016 entre les établissements publics de santé membres de droit (CHSLD et HNFC) associant sous forme de partenariat les établissements de santé privés du territoire (Clinique « La Miotte », AHBFC, HAD et CMPR) permettra notamment de travailler sur la globalité des parcours de santé des patients. Le projet médical partagé, en cours d'approbation, organisera les filières concernant la Personne Agée, l'AVC, la prise en charge psychiatrique de l'adulte et addictologie et la prise en charge psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent, les soins palliatifs.

- **<u>Etude de l'accessibilité MCO</u>**

L'étude sur l'accessibilité routière aux soins pour les populations du territoire montre que les temps d'accès s'échelonnent de 0 à au plus 34 minutes, pour les communes du Territoire Nord Franche-Comté les plus éloignées des sites considérés.

Temps d'accès minimal des communes et IRIS du Pays de l'aire urbaine au futur site d'implantation de l'Hôpital Nord Franche-Comté



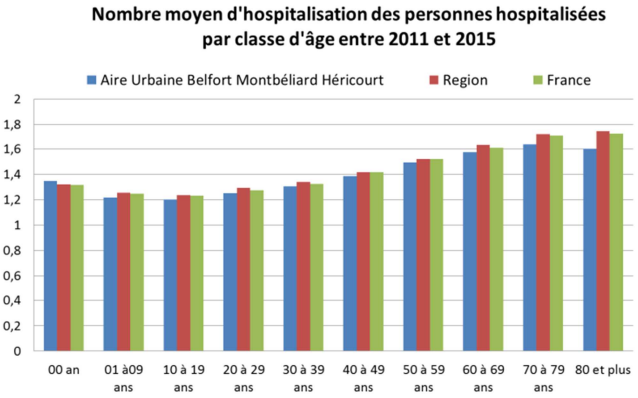
- **<u>Etude du recours aux soins MCO et SSR</u>**

①Nombre moyen d'hospitalisations par classe d'âge entre 2011 et 2015

En moyenne 1,5 séjour dans l'année par patient hospitalisé

De manière générale en France la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une seule fois dans une année. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âges de manière uniforme. Ainsi, avant 29 ans, le nombre moyen d'hospitalisation sur une année, pour ceux ayant été hospitalisé au moins une fois, s'établit autour de 1,3. Les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, avec environ 1,7 hospitalisation en moyenne.

Le territoire NFC se distingue légèrement par des hospitalisations multiples un peu plus fréquentes chez les moins d'1 an tandis que le nombre moyen d'hospitalisations des plus de 70 ans est au contraire moins élevé (1,6) par rapport aux niveaux régional et national.



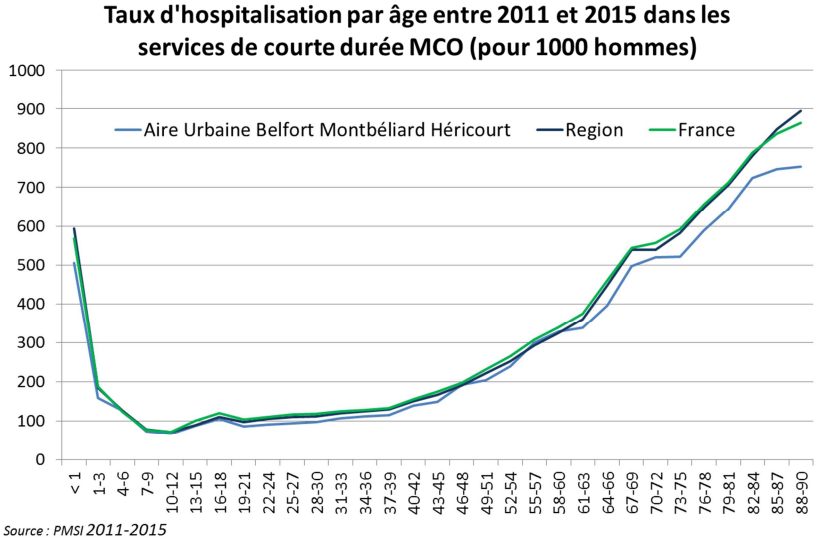
Source : PMSI 2011-2015

② Taux d'hospitalisations par âge entre 2011 et 2015

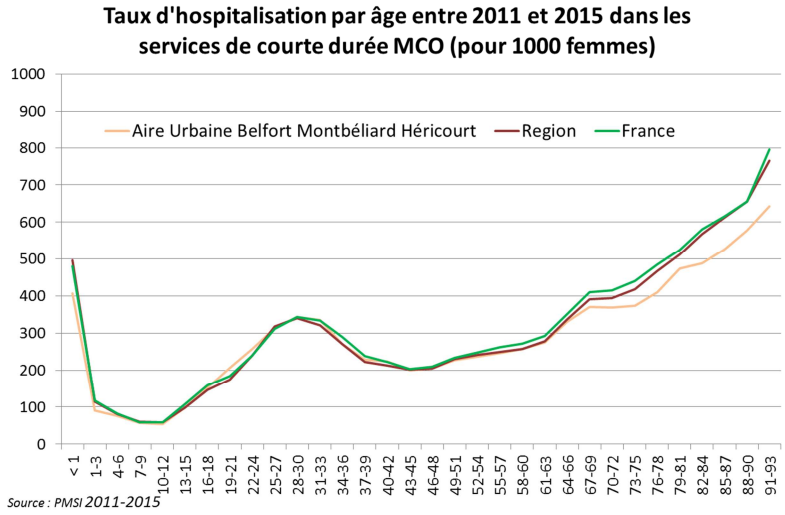
Des taux d'hospitalisation variables selon l'âge et le sexe

Trois âges de la vie sont particulièrement touchés par des hospitalisations plus fréquentes :

- Les nourrissons présentent le taux d'hospitalisations le plus élevé.
- Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans.
- Mais c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, un peu plus d'un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation en MCO des hommes sont plus élevés que ceux des femmes avant 15 ans et à partir de 55 ans.



Source : PMSI 2011-2015



③ Recours aux soins hospitaliers

Le recours aux soins hospitaliers de courte durée est local

Si l'on cumule les parts de marché des établissements du Nord Franche-Comté ce sont près de 80% des séjours hospitaliers des habitants du territoire qui sont délivrés localement.

Pour les soins nécessitant un plateau technique spécifique la plupart des recours hors Territoire Nord Franche-Comté se font à Besançon.

Plus des deux tiers du recours aux soins de suite et de réadaptation se fait localement

La majorité des séjours de soins de suite consommés par la population du Nord Franche-Comté le sont au sein du territoire : à Héricourt le plus souvent, au CHBM ensuite ou à la Clinique de la Miotte.

④ Principaux motifs de recours à l'hospitalisation suivant les pathologies

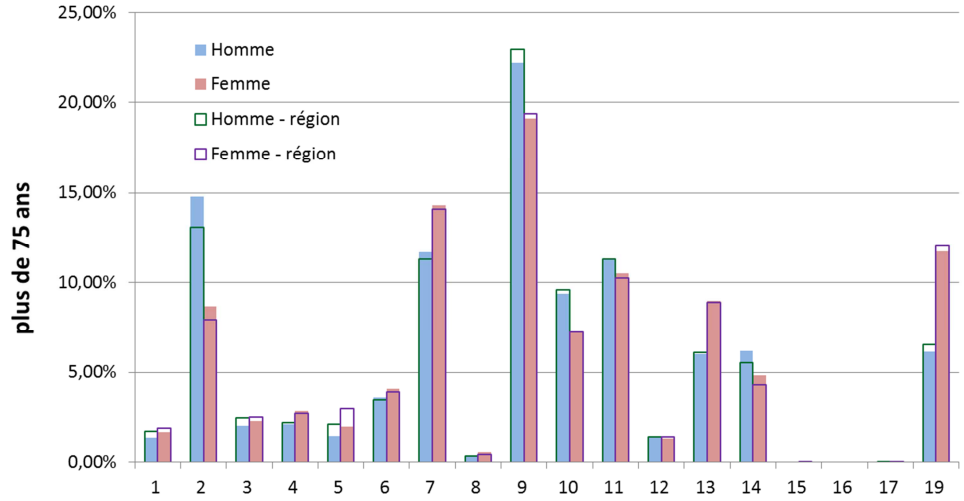
On observe un taux d'hospitalisation moins élevé par rapport au niveau régional et national chez les hommes de plus de 60 ans et chez les femmes de plus de 65 ans. De même chez les nourrissons le taux d'hospitalisation sur le territoire est moins élevé (400/500 pour 1000) comparé au niveau régional (600/500 pour 1000).

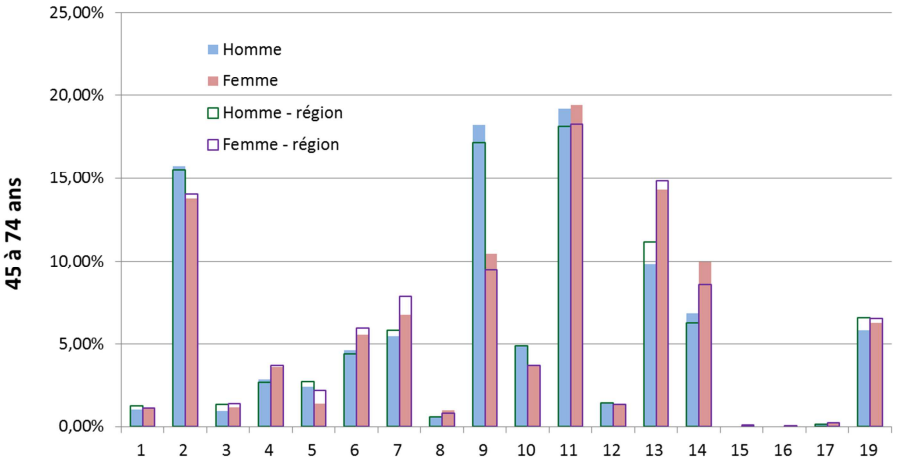
Avant 15 ans, la prépondérance des recours pour maladies de l'appareil respiratoire et affections périnatales, se retrouve sur le territoire Nord Franche-Comté, comme au niveau régional, avec tout de même pour le territoire, un taux plus élevé pour les maladies de l'appareil respiratoire et un taux plus faible pour les affections périnatales.

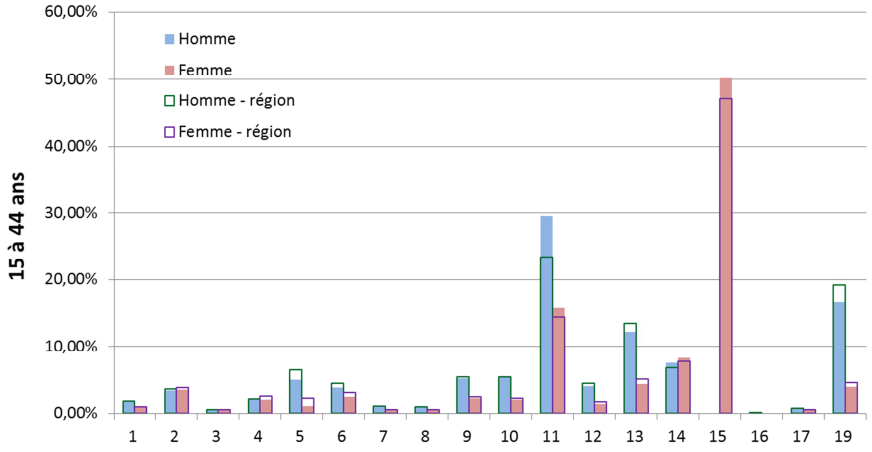
Entre 15 et 44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la maternité et aux maladies de l'appareil digestif sur le territoire et la région, avec des taux plus importants encore une fois dans le NFC qu'en région.

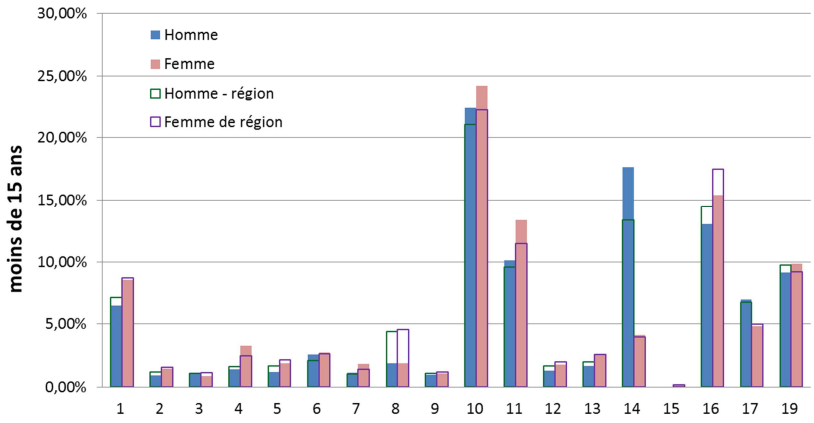
Entre 45 et 74 ans, la prédominance des séjours liés aux tumeurs, aux maladies de l'appareil digestif et de l'appareil circulatoire, se retrouve sur le territoire NFC comme au niveau régional, avec tout de même pour le territoire et par rapport à la région, un taux plus élevé pour les maladies des appareils circulatoires et digestif ; et un taux plus faible de recours pour les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

À partir de 75 ans, le premier motif de recours concerne les maladies de l'appareil circulatoire et on retrouve les mêmes tendances pour les différentes pathologies aux niveaux régional et territorial.









Source : PMSI – CIN 10 – ARS DOSA 2017

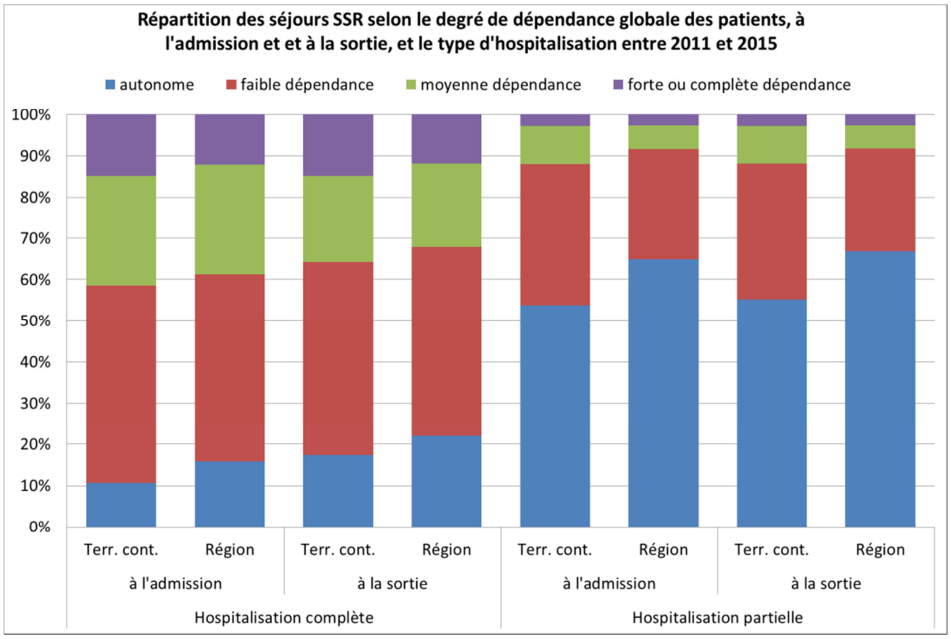
1 - Certaines maladies infectieuses et parasitaires
2 - Tumeurs
3 - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
4 - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
5 - Troubles mentaux et du comportement
6 - Maladies du système nerveux
7 - Maladies de l'œil et de ses annexes
8 - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
9 - Maladies de l'appareil circulatoire
10 - Maladies de l'appareil respiratoire
11 - Maladies de l'appareil digestif
12 - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
13 - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
14 - Maladies de l'appareil génito-urinaire
15 - Grossesse, accouchement et puerpérale
16- Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
17 -Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
19- Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

⑤ Répartition des séjours SSR selon le degré de dépendance des patients à l'admission et la sortie et le type d'hospitalisation

Les patients qui bénéficient de séjours en hospitalisation à temps partiel présentent moins souvent de dépendance, au sens de la grille AVQ : dans 90 % des séjours, à l'admission, ils sont autonomes ou faiblement dépendants (contre 61 % en hospitalisation complète).

La dépendance globale s'atténue entre l'admission et la sortie. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est le plus élevé pour les patients moyennement dépendants ; en hospitalisation à temps partiel, ce gain est plus élevé pour les patients faiblement dépendants.

L'hospitalisation complète est la principale modalité de soins, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement chaque année. Les femmes restent majoritaires dans les séjours de SSR (56 %). L'âge moyen est 66 ans, et l'âge médian est 72 ans.



Source : PMSI 2011 à 2015

⑥Caractéristiques des patients en soins de suite et réadaptation (SSR)

Plus des deux tiers du recours aux soins de suite et de réadaptation se fait localement

La majorité des séjours de soins de suite consommés par la population du Territoire NFC le sont au sein du territoire : à Héricourt le plus souvent, au CHBM ensuite ou à la Clinique de la Miotte.

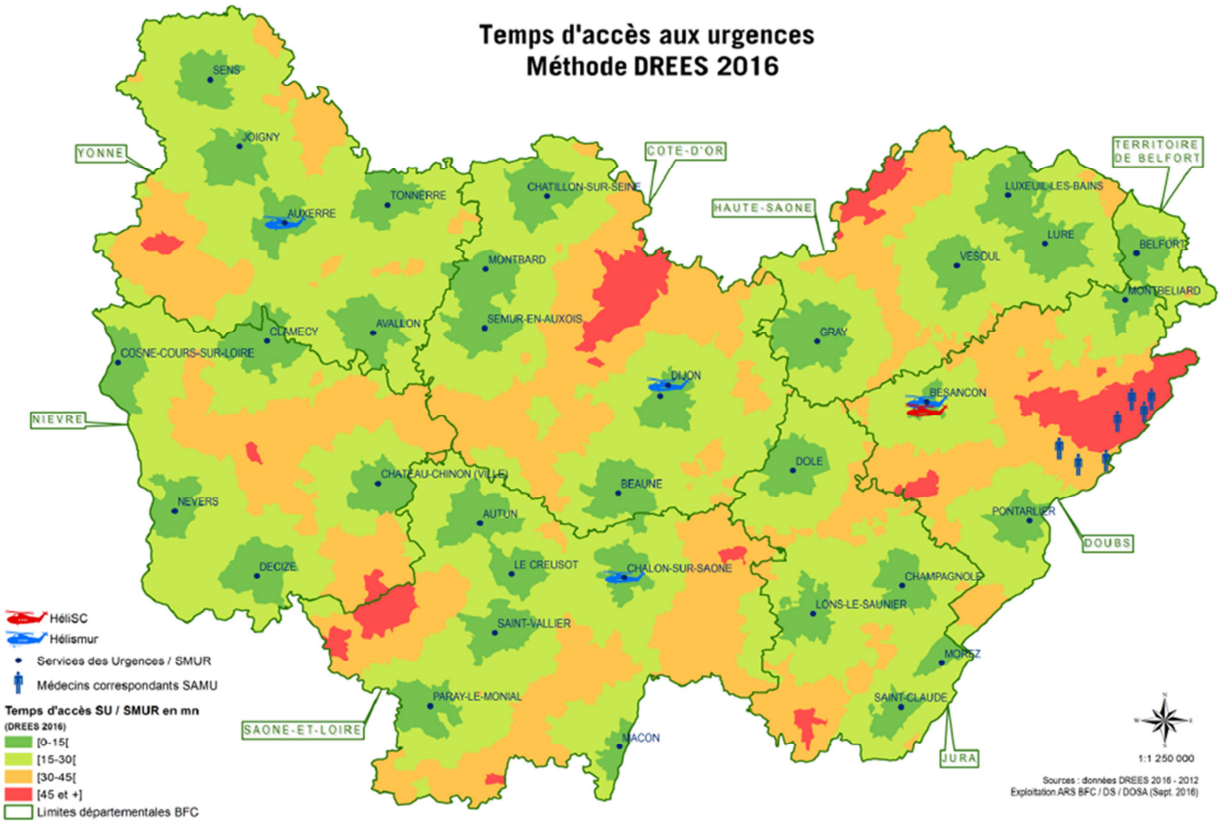
Caractéristiques des patients en soins de suite et réadaptation (SSR) entre 2011 et 2015

Hommes (%)		*47,7*
Femmes (%)		*52,3*
Âge moyen		65,1
Âge médian		69,5
Hospitalisation	Complète (%)	63,5
	Partielle (%)	36,5

Source : PMSI 2011 à 2015

Partie 7- Accès aux soins urgents

Temps d'accès aux urgences en Bourgogne-Franche-Comté (méthode Drees 2016)



Avec le site médian de Trévenans et une implantation unique pour l'accueil des urgences, cette accessibilité sera en moyenne légèrement dégradée par rapport aux implantations précédents sur les sites de Montbéliard et Belfort : à l'échelle du Territoire NFC le temps d'accès moyen pondéré par la population des communes et des IRIS passe de 12 à 15 minutes, et la part de la population de NFC située à plus de 30mn d'un site d'accueil des urgences passe de 0,9% à 1,1%.

Rappelons que le calcul repose sur un réseau routier qui ne dispose pas encore des futurs aménagements d'accès au site de Trévenans : la dégradation devrait donc être moindre en réalité.

Partie 8- Santé mentale

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique –HCSP- 2013, une personne sur cinq souffrira un jour d'une maladie psychique. Schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépressions, TOC (troubles obsessionnels compulsifs) sont retenus, par l'Organisation mondiale de la santé – OMS, comme les plus préoccupantes.

Ces pathologies sont un facteur de handicap et d'exclusion à l'échelle nationale :

- détérioration de la qualité de vie (personne concernée, entourage) pour au moins ¼ de la population française ;
- exclusion de l'emploi : 40% des personnes de 20 à 59 ans suivies pour affection psychiatrique ont une activité professionnelle / 74% pour la population générale (enquête handicap, incapacité, dépendance - HID) ;
- exclusion de logement : 1/3 sans-abri souffrent de troubles psychiques lourds ;
- décrochage scolaire : 98 000 jeunes ont quitté, fin novembre 2016, le système de formation (source : ministère de l'éducation nationale).

Elles exercent d'autre part une forte pression sur les ressources publiques en raison de leur prévalence élevée et représentent 15 % des dépenses de santé.

Dans ce contexte, la Loi de modernisation du système de santé -LMSS- du 26/01/2016 constitue une avancée pour la santé mentale en France en rappelant que le but poursuivi n'est pas seulement *la stabilisation des troubles mais la promotion des capacités de personnes, leur maintien ou leur réengagement dans une vie active et sociale choisie.* L'article 69 de cette loi donne la possibilité aux acteurs du territoire d'élaborer, à la suite d'un diagnostic territorial, un projet territorial de santé mentale en conservant les acquis de la politique de secteur en termes d'accessibilité et de continuité des soins et de passer d'une organisation fondée sur les structures à une organisation fondée sur les pratiques. Un véritable progrès en matière de décloisonnement des accompagnements en découle avec des modalités d'accompagnement d'insertion sociale et scolaire dont l'inscription *«d'un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (…), développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin*». Par ailleurs, le Conseil National de Santé Mentale, installé en octobre 2016, a fait de la santé mentale des enfants et des jeunes, un de ses 4 axes prioritaires.

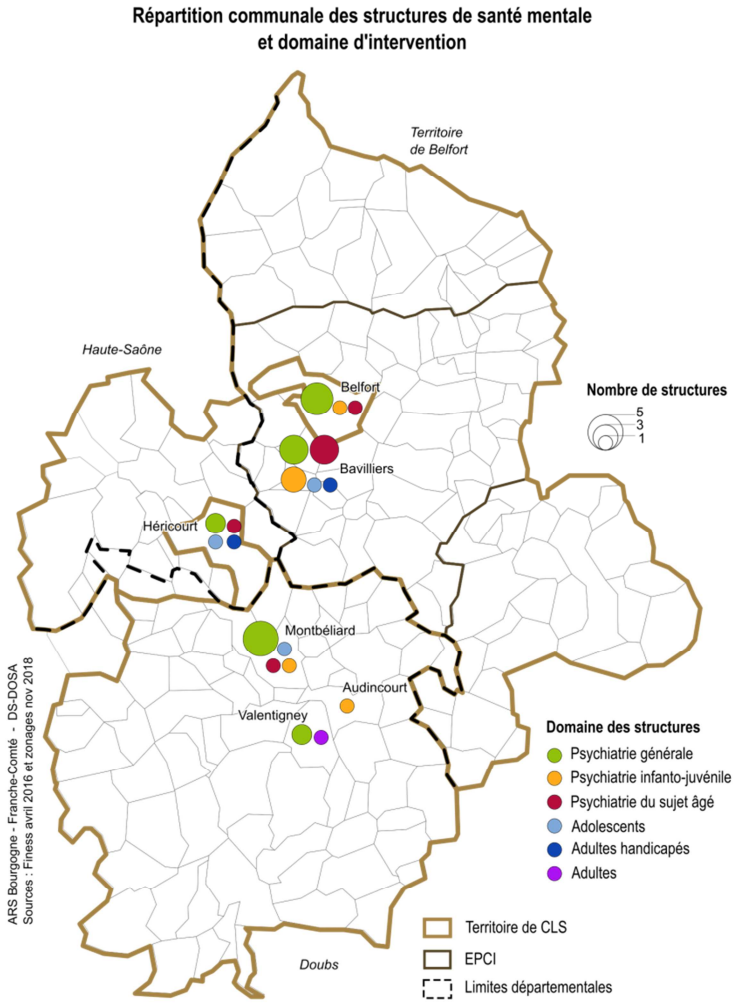
En Bourgogne-Franche-Comté en 2015, près de 100 600 patients ont eu recours, au moins 1 fois, à un établissement psychiatrique (dont environ 75% d'entre eux uniquement en ambulatoire dans des structures rattachées à un établissement de santé). Il convient de considérer le nombre bien plus important des patients pris en charge en ambulatoire (public et surtout libéral) par les médecins généralistes, pédiatres (dont 1/3 des consultations relèvent de la santé mentale) et psychiatres libéraux ainsi que par les autres professionnels tels que psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes…. En 2014, 60 000 Bourguignons et Francs-Comtois étaient en ALD (affection de longue durée), soit un taux standardisé de 204,6 pour 10 000 habitants, proche du taux national de 2016, ce chiffre correspondant à une attribution discutable pour des troubles légers et passagers.

Deux caractéristiques marquent la région, d'une part une surmortalité par suicide avec un taux pour la partie Bourgogne de 17,3 % et de 18, 5 % pour la partie Franche-Comté pour un taux national de 15,1%, d'autre part, une densité de psychiatres en région BFC inférieure à la moyenne nationale :

moyenne régionale de 17 pour 100 000 habitants versus moyenne nationale de 23 pour 100 000 habitants.

Il s'agit donc sur un territoire régional hétérogène d'optimiser les ressources existantes et de capitaliser les dynamiques pour répondre à quatre enjeux majeurs :

- permettre à chaque personne présentant des troubles psychiques, quel que soit son âge, sa situation sociale et son lieu de vie, d'accéder aux soins, y compris sur le plan somatique et aux différents dispositifs de prise en charge et d'accompagnement requis par l'évolution de son état de santé ;
- organiser et optimiser les démarches et actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans le domaine de la santé mentale ;
- mettre en place et assurer une prise en charge plus précoce des troubles psychiques ;
- poursuivre la réduction du recours à l'hospitalisation complète.



L'association hospitalière de Bourgogne Franche Comté est l'opérateur sanitaire, médico- social et social investi sur le champ de la santé mentale. Elle développe des partenariats étroits avec les

acteurs du territoire. Cet acteur associatif représente 50% de la psychiatrie produite sur l'ex Franche-Comté.

LES CONSTATS

① L'organisation médicale de la structure est filiarisée afin de faciliter les dynamiques partenariales et la cohérence des parcours de soins.

Sur le Territoire NFC, l'AHBFC gère :

- des établissements de psychiatrie à destination des enfants, adolescents, adultes et des personnes âgées répartis sur Belfort, Bavilliers, Héricourt, Montbéliard, Audincourt et Valentigney comprenant une offre de service diversifiée (hospitalisation à temps complet, consultations, hospitalisation de jour) organisée en 5 inter secteurs
- d'une plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale
- Résidence accueil Valentigney : 22 places
- SAMSAH (psychique) de Montbéliard : 20 places
- MAS Héricourt : 44 places
- Maison de l'Adolescence de l'Aire Urbaine (accueil sur les villes de Belfort, Montbéliard, Valentigney, Audincourt et Héricourt)

- **Filière Enfants (0-12 ans)**

Structures/Dispositifs	Places/File active	implantation
Hospitalisation Temps Complet du Lundi au Jeudi	3 lits	Montbéliard
Hôpital de Jour DOLTO	16 places	Bavilliers
Hôpital de Jour DISCUS	5 places	Montbéliard
CMP Belfort	File active : 253 patients	Belfort
CMP DISCUS	File active : 173 patients	Montbéliard
CMP La Lucine	File active : 398 patients	Audincourt

- **Filière adolescents (12-16 ans)**

Structures/Dispositifs	Places/File active	Commentaire
Hospitalisation Temps Complet	Capacité de 7 lits, actuellement 5 lits fonctionnels.	Montbéliard Pas de chambre d'isolement permettant une pec contenante.
Hôpital de Jour BASQUAT	5 places	Bavilliers
Hôpital de Jour DISCUS	5 places	Montbéliard
CMP BASQUIAT	File active : 201 patients	Bavilliers
CMP DISCUS	File active : 156 patients	Montbéliard
CMP La Lucine	File active : 99 patients	Audincourt

Quelques constats sur les besoins sur la filière enfant / adolescent :

- Démographie médicale défavorable (pédopsy et libéral)
- Taux d'équipement moyen en offre de soin (HC, HP) déficitaire
- Délais longs (4 à 6 mois) pour consultation en CMP et CMPP (hors situation d'urgence)
- Délais de une prise en charge longs pour une hospitalisation en temps complet chez les adolescents (priorisation des urgences)
- Manque de dispositifs souples et mixtes associant thérapeutique et éducatif (jeunes dits « incasables »)
- Vigilance quant aux articulations (transmissions d'info) entre ESMS et services hospitaliers (pédiatrie, SAU, pédopsy)

- **Filière adulte**

Structures/Dispositifs	Places/File active
CMP Belfort	File active : 891 patients
HDJ Belfort	Places : 15
CATTP Belfort	
ELSA 90 et ELSA 25	
Centre Hospitalier Spécialisé Pierre Engel	2 unités / admission : 40 lits et 2 isolement 1 Unité / Réinsertion : 21 lits
CMP Montbéliard	File active : 795 patients
HDJ Valentigney	Places : 10 places
Centre Hospitalier Spécialisé Jean Messagier	1 Unité / Admission : 30 lits + 2 isolements 1 Unité en Intersecteur / soins sans consentement : 25 lits + 5 1 Unité / Réinsertion : 20 lits + 1
CMP Héricourt	
CGP Héricourt	Unité intersectorielle d'addictologie : 19 lits + 2 isolements Unités / étages : 18 lits et 21 lits

Quelques constats sur les besoins sur la filière adulte :

- Démographie médicale défavorable
- Déficit de places pour des séjours de rupture
- Besoin de nouvelles solutions travaillant sur le décloisonnement de l'accompagnement
- Manque de structures en aval pour les patients maintenus en hospitalisation
- Nécessité de déstigmatisation des personnes avec troubles psychiques
- Travail sur la transmission d'informations entre les services (sanitaires, sociaux et médico sociaux) afin d'éviter les situations de rupture
- Besoin d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins et de services (communication du site)

- **Filière personne âgée**

Structures/Dispositifs	Places/Files actives	Commentaires
CHS Pierre Engel	Unité d'hospitalisation temps complet Henri EY : 30 lits dont 2 d'apaisement	
Equipe mobile psychiatrie du sujet âgé	File active : 227 patients	
HDJ Mondrian	Places : 15 places	
CMP Belfort	File active : 79 patients	1 demi-journée de consultation d'un médecin psychiatre
CMP Montbéliard	File active : 53 patients	1 demi-journée de consultation d'un médecin psychiatre
CMP Héricourt	File active : 88 patients	1 demi-journée de consultation d'un médecin psychiatre
CMP Mondrian		3 demi-journées de consultation de 3 médecins psychiatres

Quelques constats sur les besoins sur la filière adulte :

- Démographie médicale défavorable
- Manque de places en aval lié à la difficulté d'accueillir le public psychiatrique
- Absence d'offre en UHR (unité d'hébergement renforcé) pour PA atteintes de graves troubles du comportement (MAMA)
- Réactualiser les procédures de liaison entre Equipe mobile et EHPAD et développer la téléconsultation
- Besoin de conforter le rôle d'adressage des médecins libéraux dans la mise en œuvre des nouveaux dispositifs de coordination

② Quelques indicateurs propres à la santé mentale :

- **L'indice comparatif de mortalité (ICM)** par troubles mentaux est le rapport du nombre de décès observés dans le territoire au nombre de décès qui seraient survenus si les taux de mortalité par âge dans le territoire étaient identiques aux taux nationaux

Territoire de Belfort	1980	2008	2010	2012
Hommes	151 (ns)	130 (ns)	181 (+)	145 (ns)
Femmes	169 (ns)	150 (+)	146 (+)	134 (ns)
Ensemble	160 (+)	142 (+)	161 (+)	139 (+)

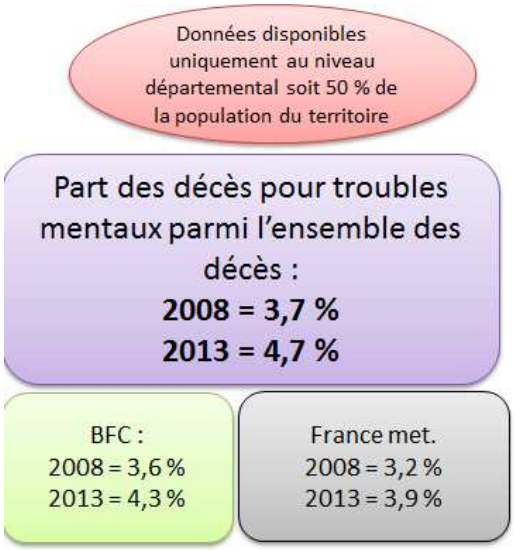
BFC	1980	2008	2010	2012
Hommes	118	113+	116+	110+
Femmes	108	108	109+	112+
Ensemble	114	110+	112+	110+

Indice comparatif de mortalité par troubles mentaux
Source : Score santé – Traitement DOSA ARS BFC

Données disponibles uniquement au niveau départemental soit 50% de la population du territoire

Sur le Territoire de Belfort (qui représente 50 % de la population du NFC) on peut constater que l'ICM est très important pour l'ensemble des hommes et des femmes par rapport à l'ensemble des hommes et des femmes en BFC et en France métropolitaine.

- **Le nombre de décès par an pour troubles mentaux**



Territoire de Belfort	1980	2008	2010	2012	2013
Hommes	14	21	33	22	26
Femmes	9	23	27	34	31

BFC	1980	2008	2010	2012	2013
Hommes	237	414	457	500	464
Femmes	224	555	536	706	745

Fce. Met.	1980	2008	2010	2012	2013
Hommes	4 143	7 503	7 848	8 882	9 051
Femmes	3 829	9 893	10 092	12 760	13 147

Nombre annuel de décès par troubles mentaux
Source : Score santé

La situation du Territoire de Belfort est moins favorable que celle de la région en termes de décès pour troubles mentaux. Et, la situation progresse plus rapidement pour le département que pour la région entre 2008 et 2013.

- **Les admissions en ALD pour troubles mentaux**

En 2014, près de 60 000 Bourguignons-Francs-Comtois bénéficient du dispositif des affections de longue durée du fait de troubles mentaux. Le taux régional (204,6 pour 10 000 habitants) d'ALD pour troubles mentaux est comparable au taux national (206,1 pour 10 000 habitants). Le taux d'ALD sur le Territoire de Belfort (qui représente 50 % de la population du NFC) est le plus bas des départements de la région BFC. Ce constat est toutefois à relativiser au regard de la part des décès pour troubles mentaux (indicateur ci-dessus) qui est important pour le département.

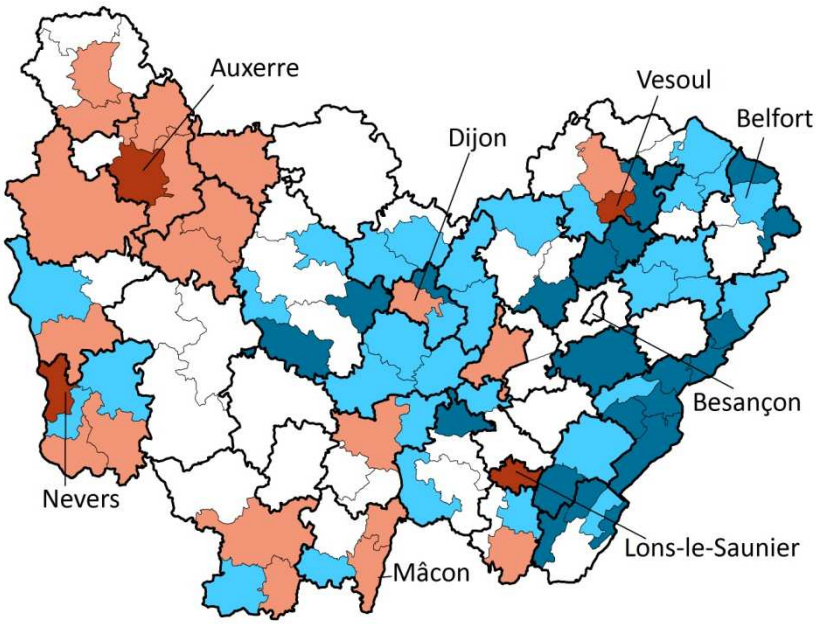
A l'échelle des EPCI du NFC on constate une situation contrastée, les taux pouvant aller de 62,2 à 210,7 pour 10 000 habitants.

	Effectif	Taux
Côte-d'Or	10 064	186,3*
Nièvre	5 841	247,4*
Saône-et-Loire	12 645	217,2*
Yonne	9 955	277,0*
BOURGOGNE	**38 505**	**223,2***
Doubs	9 010	168,9*
Jura	5 527	204,9
Haute-Saône	4 953	197,5*
Territoire de Belfort	1 959	135,9*
FRANCHE-COMTE	**21 449**	**178,5***
BFC	**59 954**	**204,6**
France métropolitaine	1 337 626	206,1

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (RP) – données 2014, 2012-2014 ; exploitation ORS

Taux de bénéficiaires d'une ALD pour troubles mentaux par EPCI en Bourgogne-Franche-Comté (moyenne annuelle 2012-2014)

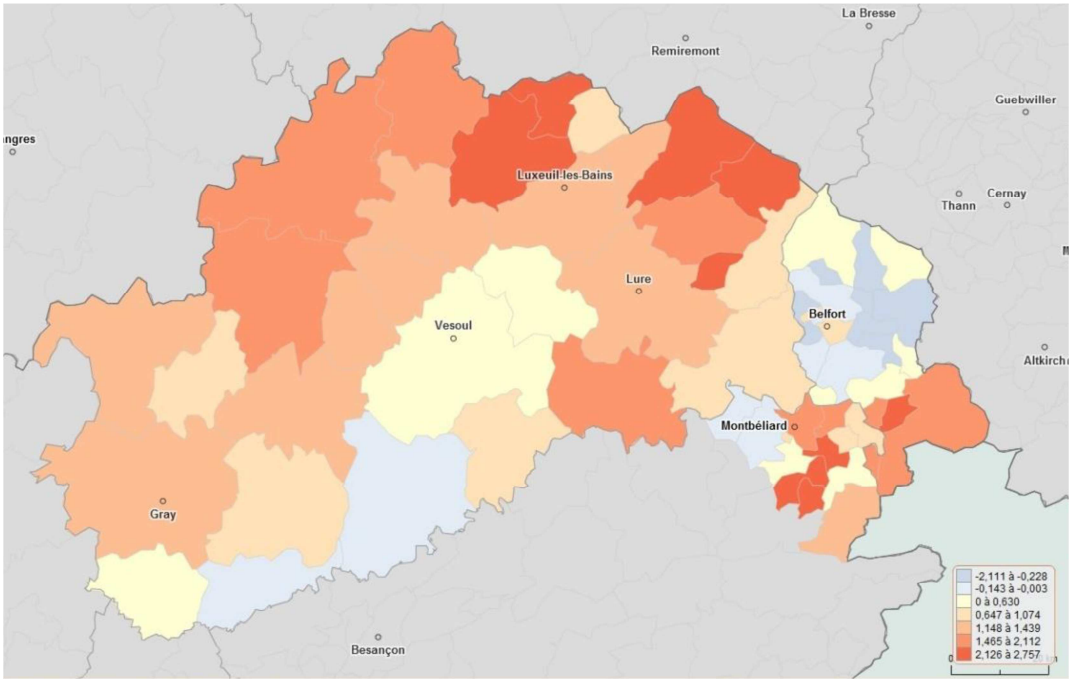
Ensemble des cas



③ La psychiatrie libérale

Sur le Nord Franche-Comté, l'AHBFC est la seule structure à apporter une offre de soins en psychiatrie. La seule offre disponible concerne la psychiatrie libérale qui reste toutefois très limitée puisque le NFC compte une densité de 7 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants.

Densité en psychiatres libéraux pour 100 000 habitants



Source : projet institutionnel AHBFC 2017/2021

LA SANTE MENTALE DANS LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

Les échanges avec les acteurs du territoire dans le cadre de la construction des contrats locaux ont fait apparaitre des problématiques telles que :

- l'absence d'instance de coopération entre les acteurs permettant d'une part, de désamorcer les situations de crise et, d'autre part de trouver des solutions concrètes et adaptées
- l'absence d'une réponse en aval de l'ambulatoire pour accompagner les personnes en souffrance psychique vers l'autonomie et l'insertion

LES PERSPECTIVES

En préambule il est important de souligner que le travail à venir sur le domaine de la santé mentale s'inscrit dans un cadre législatif et règlementaire.

En effet, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 vient conforter la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie au sein des territoires.

L'article 69 de cette loi introduit :

- Le concept **de parcours** comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et la santé mentale. Le parcours doit répondre aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques et leurs aidants dans un ancrage territorial.
- La politique de santé est conçue comme une **action globale** parce qu'elle comprend **les actions** de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous **les acteurs** sont associés : les établissements de santé de psychiatrie, le secteur social et médico-social, les PS libéraux, les acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

La loi précise donc la **pluralité des champs couverts** par la santé mentale qui nécessite la coopération des acteurs et leur engagement dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

- la politique de la santé mentale repose maintenant sur **l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale** qui doit relever de l'initiative des professionnels et établissements du champ de la santé mentale.
- PTSM qui est arrêté par le DG ARS et les actions du PTSM feront l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale** conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire.

Le décret du 2017/1200 pris en application de l'article 69 fixe les priorités du PTSM :

- Organiser les conditions permettant le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture
- Organiser les conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
- Organiser les conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- Organiser les conditions du respect et de la promotion des droits des personnes, de leur droit d'agir contre la stigmatisation de ces troubles
- Organiser les conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Le travail qui s'impose ainsi sur tous les territoires de démocratie en santé s'appuie sur le territoire NFC sur les objectifs du parcours santé mentale et psychiatrie définis au niveau régional à décliner sur le territoire, sur les travaux conduits par les acteurs dans le cadre de la plateforme de coordination psychiatrie et santé mentale, sur les orientations du volet santé mentale du projet médical partagé du GHT, les premiers travaux et réflexions engagés dans les précédents CLS dans le cadre de la politique de la ville ou du PPLPIS.

C'est dans ce cadre, que les projets concernant la psychiatrie et la santé mentale seront travaillés dans le courant de l'année 2018 à l'échelle du territoire Nord Franche-Comté selon une méthodologie.

Néanmoins, compte tenu des travaux engagés sur ce même territoire dans le cadre de la plateforme et de la révision du projet institutionnel de l'AHBFC en 2017 (2017-2021) notamment certains axes prioritaires sont d'ores et déjà identifiés :

- Améliorer l'orientation et **l'accès aux soins adaptés en psychiatrie générale y compris en psychiatrie du sujet âgé.** Il s'agira de favoriser les prises en charge ambulatoires et extrahospitalières en lien avec les professionnels de santé de ville en organisant la réponse aux urgences psychiatriques.

- Développer les structures et les activités autour de la réhabilitation psychosociale et l'éducation thérapeutique, **favoriser l'insertion sociale et professionnelle** des personnes en situation de maladie ou de handicap psychique.

- Favoriser **l'implantation de psychiatres**, la coopération entre professionnels au regard de la problématique prégnante de la démographique médicale de cette spécialité, utiliser les moyens de télémédecine.

- Développer des actions de **prévention par exemple dans le cadre de la crise suicidaire** : sans disposer de chiffres particuliers sur ce territoire, les chiffres issus du rapport de l'observatoire national du suicide (2012) font apparaitre sur le Territoire de Belfort, le Doubs et la Haute-Saône des taux standardisés de suicide pour 100 000 habitants supérieurs au taux national respectivement de 17, 6 de 18,1 et de 17,8 contre un taux national de 15,1.

- Améliorer le repérage de la crise et la gestion de crise avec une **cellule de veille sanitaire et sociale – de gestions de cas complexes** : les intervenants sociaux et les professionnels de santé peuvent se trouver confrontés à des situations complexes médico-psycho-sociales devant lesquels ils sont très démunis et sans réponses adaptées.
La complexité de ces situations est liée au fait qu'elles peuvent relever de la *pauvreté* (situation de personnes dont le très faible niveau de ressources matérielles, culturelles et sociales ne leur permet pas d'accéder à des conditions de vie sociétales acceptables) et/ou de la *vulnérabilité* (situation de personnes dont la capacité ou la liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée) et/ou d'une altération de la *santé mentale* (définie par l'OMS comme un bien-être psychique, émotionnel et cognitif ou une absence de trouble mental).
L'analyse de ces situations fait appel à une expertise à la fois sociale, psychologique et médicale. L'élaboration d'une offre de soins et d'accompagnement social adaptée au parcours de vie des personnes nécessite la mobilisation d'un réseau professionnel pluridisciplinaire.
L'organisation de cette cellule pourrait être travaillée à l'échelle du périmètre du Territoire de Belfort et de PMA en tenant compte des acteurs différents des territoires (comme par exemple les collectivités, les bailleurs, les forces de police…).

- Améliorer l'accompagnement des adolescents du NFC souffrant de troubles psychiques par **la création d'une équipe mobile de liaison en pédopsychiatrie.** Cette équipe pluridisciplinaire (pédopsy, psychologue, IDE, éducateur, coordonnateur) s'adresse aux adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiques entravant leur intégration scolaire et sociale. Cette équipe pourra soutenir les professionnels du 1er recours et procéder à une évaluation et une orientation des cas les plus compliqués, elle pourra sur une période déterminée avoir le rôle de « référent de parcours », elle interviendra si possible en amont des périodes de crises pour éviter toute rupture de parcours, elle favorisera l'accès aux soins et évitera les hospitalisations inappropriées.

9 - Santé Environnement

Le plan régional santé environnement 3ème génération, un levier structurant du contrat local de santé du pôle métropolitain

Le Plan régional santé environnement 3ème génération (PRSE 3) constitue le cadre de référence de l'action de prévention en santé environnement conduit par l'ARS. Ainsi, le PRSE 3 élaboré pour la période 2017-2021 pour la Bourgogne Franche-Comté, qui vise à mieux prendre en compte l'impact de l'environnement sur la santé des populations.

Il comporte 55 actions, structurées autour de 5 axes stratégiques :

- **L'eau dans son environnement et au robinet :** comment améliorer, en quantité et en qualité, la ressource en eau depuis le milieu naturel jusqu'à la distribution au robinet du consommateur ?
- **Habitats et environnement intérieur :** quelles actions mettre en place pour prendre en compte les enjeux de santé liés aux espaces clos (bruit, radon, air intérieur, confort thermique …) ?
- **Qualité de l'air extérieur et santé :** quelles actions mettre en place pour limiter les expositions à la pollution atmosphérique et les allergies dues aux pollens ?
- **Cadres de vie et urbanisme favorables à la santé :** comment intégrer les enjeux de santé environnement dans les stratégies et les projets d'aménagement, d'urbanisme et de mobilité (déplacement, bruit…) ?
- **Dynamiques territoriales et synergies d'acteurs :** comment, à partir des dispositifs existants, développer des actions et dynamiques territoriales en faveur de la santé environnementale ?

Le PRSE 3 est un outil visant à fédérer l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé environnementale tels que les collectivités locales, les associations de protection de l'environnement, des usagers, des consommateurs, des professionnels de santé …

A ce titre, les contrats locaux de santé constituent un levier incontournable pour déployer au sein des territoires, sur la base d'enjeux identifiés, des actions concrètes de santé environnementale en faveur des populations.

Répondre aux 7 enjeux de santé environnementale identifiés au sein du pôle métropolitain

Le diagnostic du territoire du pôle métropolitain NFC réalisé et présenté en 2017 a permis d'identifier en matière de santé environnementale 7 enjeux de territoire, lesquels sont en cohérence avec les objectifs opérationnels du PRSE 3. Il s'agit :

- **Des enjeux liés à l'eau potable dont :**
    - Sécurisation de l'alimentation en eau potable (ex : vulnérabilité de certaines ressources aux aléas de sécheresse et de pollutions)
    - Enjeu de qualité (ex : problématique microbiologique liée aux secteurs ruraux karstiques en lien avec la filière AOC Comté, agressivité de l'eau, protection des captages)

- **Des enjeux liés à la qualité de l'air :**
    - Extérieure (ex : existence d'un plan de protection de l'atmosphère pour les particules fines, risque ambroisie, surincidence marquée des cas de légionelloses par rapport à la moyenne nationale)
    - Intérieure (ex : zones à risque radon, problématique du monoxyde de carbone, etc)

- **Des enjeux liés aux nuisances sonores et à l'acoustique au regard :**
    - des risques chroniques (ex : nécessité d'améliorer l'acoustique à l'intérieur des bâtiments accueillant des enfants, impact du bruit des infrastructures de transport - autoroute, réseau ferroviaire – et industries vis-à-vis des zones habitées)
    - des risques aigus liés à la musique amplifiée liés aux grands rassemblements présents dans le pôle métropolitain : Eurockéennes, FIMU, Rencontres et Racines, AXONE, etc

- **Des enjeux liés à la sécurité alimentaire et à l'alimentation dont :**
    - le besoin de prévenir les risques liés aux allergies alimentaires
    - le développement des circuits courts avec le déploiement d'une agriculture à faible empreinte environnementale (lien avec la qualité des ressources en eau du territoire)

- **Des enjeux liés aux cadres de vie et à l'urbanisme impliquant :**
    - De veiller à la compatibilité de requalification des nombreux sites et sols pollués industriels du secteur vis-à-vis d'usages sensibles (crèches, écoles, résidentiels)
    - De favoriser les mobilités actives (lien avec la qualité de l'air extérieur)
    - De prendre en compte le plus en amont possible la problématique du bruit dans les projets d'urbanisme

- **Des enjeux liés aux changements climatiques au travers :**
    - De la lutte anti-vectorielle qui implique une vigilance croissante de surcroit en milieu fortement urbanisé (ce qui caractérise le pôle métropolitain)
    - De favoriser les ilots de fraicheur en milieu urbain notamment

- **Des enjeux liés à la qualité de l'habitat avec :**
    - L'amélioration de la lutte contre l'habitat dégradé et la rénovation de logements indignes dans une perspective de consolidation de l'attractivité du territoire,
    - Le développement du lien performance énergétique / acoustique / qualité de l'air intérieur à la faveur des requalifications de bâtiments.

Certains enjeux relèvent d'impératifs de court terme comme la sécurisation de l'alimentation en eau potable des grandes agglomérations (Grand Belfort et PMA), tandis que d'autres impliquent de conduire une dynamique d'ancrage à plus long terme à l'instar de l'urbanisme ou de l'adaptation au changement climatique.

Capitaliser les expériences positives

La mise en œuvre d'actions remarquables, initiées dans le cadre du CLS de la ville de Belfort, est à souligner notamment dans les domaines :

- de la sensibilisation aux risques auditifs aigus lors de grands rassemblements, en lien avec le collège VAUBAN (situé en REP),
- de la prévention des allergies alimentaires menée en lien étroit avec la cuisine centrale de l'hôpital Nord Franche-Comté qui dessert les écoles de la ville de Belfort.

De la même manière, dans le cadre du PALS de PMA, une étude-pilote est en cours, sous maitrise d'ouvrage de PMA, visant à identifier les actions pertinentes qui pourront être déployées sur le territoire de PMA par des porteurs d'actions identifiés au sein de la collectivité. Cette étude permettra de proposer des actions dites transversales, qui pourront être déployées sur l'ensemble des EPCI constitutif du pôle métropolitain.

Fédérer les acteurs et construire une dynamique commune en santé environnementale

Une nouvelle étape doit être franchie pour répondre de façon plus globale, sur l'ensemble du pôle métropolitain, aux enjeux identifiés et fédérer une dynamique de territoire positive.

Chaque EPCI constitutif du pôle métropolitain pourra se voir associé à la mise en place de travaux permettant d'identifier des actions pertinentes, associées systématiquement à l'identification de porteurs de projet au sein de chaque collectivité.

Dans l'attente de la mise en œuvre effective de ces démarches, les 7 enjeux identifiés au sein du pôle métropolitain constituent un socle permettant à chaque EPCI de déployer des actions de santé environnementale territorialisées au bénéfice de la population. L'ARS accueillera les projets de collectivités et les accompagnera dans la mise en œuvre lorsque ces derniers sont éligibles.

A noter enfin que des actions transversales seront validées permettant de disposer d'une « colonne vertébrale » d'actions de santé environnementale reproductibles sur l'ensemble du pôle métropolitain.

CONCLUSION

Au regard de ses caractéristiques, de sa cohérence, de sa richesse d'acteurs, de l'offre en santé et en prévention, de la capacité des acteurs à se mobiliser, le territoire Nord Franche-Comté constitue indéniablement un véritable territoire en santé.
Ce territoire est :

- un territoire de démocratie en santé (arrêté par le DG ARS le 26/10/2016) qui est animé par un conseil territorial en santé (installé le 1/2/2017),
- le territoire de Groupement hospitalier de territoire (GHT),
- le territoire du Projet territorial de santé mentale,
- un territoire de contractualisation.

Le contrat local de santé (CLS) a pour objet de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en conjuguant, au mieux, les politiques de santé publique et les priorités des collectivités. Cela passe par le développement d'actions, en partenariat avec divers acteurs institutionnels et divers porteurs, en matière de promotion de la santé, d'offre sanitaire et médico-sociale.

Le CLS vient s'ajouter à d'autres dispositifs locaux de santé tels les contrats de ville, les futurs contrats territoriaux de santé et les futurs contrats territoriaux de Santé Mentale prévus dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Ces dispositifs impactent la lisibilité des objectifs recherchés et des actions aux yeux des professionnels de terrain.

La stratégie territoriale s'inscrit ainsi dans le cadre où l'ensemble des acteurs du territoire exercent leurs missions dans une logique de transversalité, de synergie, de développement, d'adaptation de l'offre. Pour favoriser cette stratégie, l'Agence a choisi de travailler sur les parcours de santé (13 parcours de santé qu'ils soient populationnel ou par pathologie ou par thématiques) dont la mise en œuvre doit être travaillée au plus proche des usagers dans le cadre des contrats locaux de santé.

Nos objectifs communs concourent à :

- développer la prévention, la lutte contre les addictions, les actions de santé publique,
- Améliorer la qualité de l'offre de soins permettant de mieux répondre à ses missions,
- Assurer le virage ambulatoire, organiser l'offre de premier recours et mieux adapter les prises en charge en établissements de santé et en ville,
- Favoriser le maintien à domicile de nos concitoyens en retardant le plus possible l'institutionnalisation,
- Développer une offre médico-sociale coordonnée avec les autres acteurs sur l'ensemble du territoire

La stratégie territoriale participe également à un regroupement des forces et à une ouverture des compétences et des pratiques. C'est au niveau du territoire que la politique de santé peut se mettre en œuvre, que :

- les acteurs de santé peuvent être coordonnés et l'organisation des parcours de soins améliorée,
- les innovations technologiques peuvent être diffusées et de nouvelles techniques de prise en charge développées,
- certaines compétences médicales et non médicales qui sont rares, peuvent être mutualisées.

Ce projet doit répondre aux enjeux de l'Agence :

- Le parcours de soins du patient doit rester notre sujet de préoccupation principale,
- La coordination de tous les acteurs est une priorité,
- La préservation du potentiel médical est une nécessité.

Notre projet commun consiste à garantir une offre de soins de qualité, lisible pour la population et les acteurs de santé, tout en anticipant les évolutions de la démographie médicale.

La modernisation de notre système de santé est une tâche de longue haleine, mais elle est essentielle pour garantir son avenir. L'énergie du Nord Franche-Comté, la soif de réussite de ce territoire, l'envie d'aller de l'avant et d'innover doit être désormais traduite en actes pour être ensuite valorisée. La richesse de ce territoire, les partenariats forts, la volonté des professionnels de santé, des associations, des usagers, des élus constituent une véritable opportunité permettant de construire, de développer le projet de santé du territoire.

ANNEXE 3 - Glossaire

ADECA – FC	Association pour le DEpistage des CAncers en Franche-Comté
ADAPEI	Association Départementale de Parents et Amis de Personnes Handicapées mentales
AHBFC	Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté
AJ	Accueil de Jour
ALD	Affection Longue Durée
APAJH	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
APF	Association Paralysés de France
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARESPA	Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Animateur (rice) Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASEPT	Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires
AT	Accueil Temporaire
ATS	Animateur(rice) Territorial(e) en Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BFC	Bourgogne Franche-Comté
CADA	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS	Centre d'Action médico-Sociale Précoce
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCPH	Communauté de Communes du Pays Héricourt
CCVS	Communauté Communes des Vosges du Sud
CD	Conseil Départemental
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDS	Centre De Santé
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHSLD	Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée
CLS	Contrat Local de Santé
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMPR	Centre de Médecine Physique et de Réadaptation
CMS	Centre Médico-social
CMU	Couverture Maladie Universelle
COMET	COordination Multipartenariale pour l'Education Thérapeutique
COPIL	COmité de PILotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS	Compétences Psycho-Sociales
CRGE	Collège Régional des Généralistes Enseignants
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
CTS	Conseil Territorial de Santé

CTSM	Contrat Territorial de Santé Mentale
DMG	Département de Médecine Générale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
D-PJJ	Direction de la Protection judiciaire de la Jeunesse
DETR	Dotation d'Equipement des Territoires Ruraux
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DSDEN	Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
DSIL	Dotation de Soutien à l'Investissement Local
EAJE	Etablissement d'Accueil des Jeunes Enfants
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIS	Etude d'Impact sur la Santé
EMS	Etablissement Médico-Social
EMPEG	Equipe Mobile Pluridisciplinaire d'Evaluation Gérontologique
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux
e-TICSS	Territoire Innovant Coordonné Santé Social
FEMASAC	FEdération des MAisons de SAnté Comtoises
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GBCA	Grand Belfort Communauté d'Agglomération
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GT	Groupe de Travail
HNFC	Hôpital Nord Franche-Comté
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HT	Hébergement Temporaire
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
IEM	Institut d'Education Motrice
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IME	Institut Médico-Educatif
Ireps	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
LMSS	Loi de Modernisation du Système de Santé
MAIA	Méthodes d'Action Intégration Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison De l'Adolescence
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG	Médecin Généraliste
MK	Masseur-Kinésithérapeute
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSS	Messagerie Sécurisée de Santé
NFC	Nord Franche-Comté
NOTRé	Nouvelle Organisation Territoriale de la République
ORS	Observatoire Régional de Santé
ORSEC	Organisation de la Réponse de SEcurité Civile
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PAS	Point d'Accueil Solidarités
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PLUI	Plans Locaux d'Urbanisme Intercommunaux

PMA	Pays Montbéliard Agglomération
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMND	Plan Maladies NeuroDégénératives
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PPA	Plan de Protection de l'Atmosphère
PRADO	PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PSP	Plan de Santé Personnalisé
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
QPV	Quartier Prioritaire de la Ville
RAFT	Réseau d'Allergologie de Franche-Comté
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
RePPOP	Réseau de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAAD	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SDAASP	Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD
SCOT	Schéma de COhérence Territoriale
SEP	Sclérose en Plaques
SLA	Sclérose Latérale Amyotrophique
SNS	Stratégie Nationale de Santé
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TC	Traumatisé Crânien
TM	Traumatisme Médullaire
TSM	Taux Standardisé de Mortalité
UFR	Unité de Formation et de Recherche
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire