



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2014-2015

Article 12 du projet de loi de santé : étude de faisabilité sur le territoire franc-comtois du Pays de Vesoul Val de Saône

Soutenu en septembre 2015

Madame Christine BOUILLER

Maître de stage:

Madame Véronique WALSER

Guidant universitaire:

Madame Linda CAMBON

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Monsieur Pierre Gorcy pour m'avoir accueillie au sein du Département de l'animation territoriale de l'ARS de Franche-Comté où j'ai pu effectuer mon stage dans les meilleures conditions requises à son déroulement.

Je remercie tout particulièrement ma responsable de stage et responsable du service de l'animation territoriale, Madame Véronique Walser de m'avoir proposé ce sujet opportun. Je lui suis très reconnaissante pour sa disponibilité et sa bienveillance à mon égard.

Un grand merci à l'ensemble des animateurs territoriaux du service pour leur gentillesse et leur enthousiasme à partager leurs compétences et expériences professionnelles.

Je remercie toutes les personnes au sein de l'ARS et à l'extérieur qui ont accepté de répondre à mes questions. Ils ont permis d'enrichir ma réflexion et de construire ce mémoire.

Merci à mon entourage et à toutes les personnes qui ont su se montrer présentes et qui ont contribué à la relecture de ce mémoire.

Table des matières

Introduction.....	11
1 –Contexte.....	13
1.1 –L'ARS de Franche Comté.....	13
1.1.1 –Missions et objectifs d'une ARS.....	13
1.1.2 –L'organisation territoriale de la santé.....	13
1.1.2.1 –L'offre de service en santé de proximité.....	13
1.1.2.2 –La régulation de l'offre de premier recours.....	14
1.1.3 –L'animation territoriale en santé.....	14
1.1.3.1 –Les animateurs territoriaux de santé.....	14
1.1.3.2 –Les contrats locaux de santé.....	14
1.2 –Les nouveaux dispositifs du projet de loi de santé.....	15
1.2.1 –Les équipes de soins primaires.....	15
1.2.2 –Les communautés professionnelles territoriales de santé.....	15
1.2.3 –Les projets de santé.....	16
1.2.4 –Le contrat territorial de santé.....	17
1.3 – Les missions des ESP et des CPTS.....	17
1.3.1 –Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.....	17
1.3.2 –Les parcours de santé.....	17
1.3.3 –Les plate-formes d'appui à la coordination.....	18
1.4 –Le contexte du Pays de Vesoul Val de Saône.....	18
1.5 –Problématique et mission de stage.....	19
1.6 –Objectifs.....	20
2 –Méthodes.....	21
2.1 –Choix de la démarche.....	21
2.1.1 –Démarche qualitative.....	21
2.1.2 –Méthodologie.....	21
2.2 –Choix du questionnement.....	22
2.2.1 –Problématique empirique.....	22
2.2.2 –Problématique théorique et modèle d'analyse.....	23
2.3 –Recueil des données.....	25
2.3.1 –Population.....	25
2.3.2 –Entretiens et observations.....	25
2.3.3 –Recherche documentaire.....	25
2.3.4 –Analyses des entretiens des diagnostics.....	26
2.4 –Méthodes d'analyse.....	26
2.4.1 –Analyse des données.....	26
2.4.2 –Analyse stratégique.....	26
2.5 –Restitution et mise en discussion.....	27
2.6 –Calendrier.....	27

3 –Résultats.....	29
3.1 –Personnes interrogées.....	29
3.2 –Analyse des entretiens.....	29
3.2.1 –Démographie médicale et constitution de regroupements de professionnels de santé	29
3.2.1.1 –Une démographie médicale soumise à l'incertitude.....	29
3.2.1.2 –Des critères identifiés pour la création de d'équipes de soins primaires.....	29
3.2.1.3 –Des conditions peu propices à la constitution d'équipes de soins primaires.....	30
3.2.1.4 –Des perspectives de création d'équipes de soins primaires inconnues.....	30
3.2.1.5 –Des projets de santé orientés vers la patientèle.....	30
3.2.1.6 –Des projets de santé mal identifiés.....	31
3.2.1.7 –Susciter de nouveaux projets de santé par la réponse aux besoins.....	31
3.2.1.8 –Soutenir des projets hors murs pour créer une dynamique sur le territoire.....	31
3.2.1.9 –Accompagner les projets territoriaux de santé.....	32
3.2.1.10 –Des outils disponibles pour soutenir les initiatives actuelles et à venir.....	32
3.2.2 –Parcours de santé : des facteurs favorisant les projets de parcours trop fragiles.....	33
3.2.2.1 –Une absence de vision commune sur les parcours de santé.....	33
3.2.2.2 –Un besoin de se connaître et se reconnaître.....	33
3.2.2.3 –Une coordination ville/hôpital à améliorer.....	33
3.2.2.4 –Des collaborations s'organisent sur le territoire.....	34
3.2.2.5 –Des collaborations avec les médecins généralistes devant être améliorées.....	34
3.2.2.6 –Une mobilisation des professionnels de santé libéraux non perçue.....	34
3.2.2.7 –Des collaborations précaires malgré les intentions.....	35
3.2.2.8 –Un besoin de désigner des priorités.....	35
3.2.2.9 –Des outils pour structurer les parcours de santé sont disponibles.....	35
3.2.3 –Une plate-forme d'appui innovante et des structures de coordination inégalement identifiées.....	36
3.2.3.1 –Des plateformes d'appui inégalement repérées par les acteurs.....	36
3.2.3.2 –ARESPA : une plateforme d'appui reconnue par tous les acteurs.....	36
3.2.3.3 –MAIA et CLIC : des dispositifs méconnus par les professionnels de santé.....	37
3.2.3.4 –Un fonctionnement des plateformes d'appui à organiser.....	37
3.2.4 –L'amélioration de l'accès aux soins et de la prévention sur le territoire.....	37
3.2.4.1 –Renforcer la démographie médicale.....	37
3.2.4.2 –Développer la permanence des soins.....	37
3.2.4.3 –Faciliter l'accès aux plateaux techniques.....	38
3.2.4.4 –Organiser des consultations avancées.....	38
3.2.4.5 –Déployer la télémédecine.....	38
3.2.4.6 –Améliorer l'accès à la prévention.....	38
3.2.4.7 –Former les professionnels de santé.....	39
3.2.4.8 –L'apport des CPTS.....	39
3.3 –Analyse stratégique.....	39
3.4 –Mise en discussion et piste d'actions.....	40

4 –Discussion.....	41
4.1 –Synthèse des résultats.....	41
4.1.1 –Les CPTS : une transition par étapes.....	41
4.1.2 –Développer la collaboration entre les acteurs du territoire.....	41
4.1.3 –Contribuer à la réduction des ISTS.....	42
4.2 –Recommandations pour les résultats.....	43
4.2.1 –Axe 3 : inscrire le projet territorial de santé dans le CLS.....	43
4.2.2 –Compléter les diagnostics partagés.....	43
4.2.3 –Assurer la conduite du changement.....	44
4.2.3.1 –Instaurer la confiance.....	44
4.2.3.2 –Obtenir l'adhésion des professionnels de santé libéraux.....	44
4.2.3.3 –Communiquer sur l'avancée des actions.....	44
4.2.3.4 –Accompagner sans rupture.....	44
4.2.4 –Renforcer la participation des usagers.....	45
4.3 –Limites.....	45
4.3.1 –Limites liées aux données des diagnostics.....	45
4.3.2 –Limites liées aux entretiens.....	45
4.3.3 –Limites liées à la méthode.....	45
4.4 –Perspectives.....	46
4.4.1 –L'apport de la fusion des ARS de Bourgogne et de Franche-Comté.....	46
4.4.2 –Des moyens pour accompagner le changement.....	47
4.5 –Conclusion.....	47
Annexe I.....	I
Annexe II.....	III
Annexe III.....	V
Annexe IV.....	VII
Annexe V.....	IX
Annexe VI.....	XI
Annexe VII.....	XIII
Annexe VIII.....	XV
Annexe IX.....	XVII
Annexe X.....	XXI

Liste des acronymes

ADECA	Association pour le dépistage des cancers en Franche-Comté
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARESPA	Association du réseau de santé de proximité et d'appui
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ASV	Atelier santé ville
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico psychologique
CMS	Centre médico social
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CTS	Contrat territorial de santé
DMP	Dossier médical partagé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENMR	Expérimentation de nouveaux modes de rémunération
ESP	Equipe de soins primaires
ETP	Education thérapeutique du patient
FEMASAC	Fédération des maisons de santé comtoises
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital patient santé territoire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDPH	Maison départementale de personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PMI	Protection maternelle infantile
PRS	Projet régional de santé
PSP	Pôle de santé pluridisciplinaire
SCOT	Schéma d'organisation territoriale
SNS	Stratégie nationale de santé
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
STSP	Service territorial de santé au public
TSN	Territoire de soins numériques
URPS	Union régionale des professionnels de santé
ZUS	Zone urbaine sensible

INTRODUCTION

"Le territoire est le lieu où s'acquiert, se conserve et se retrouve la santé"¹

En septembre 2013, le ministère de la santé français a établi une stratégie nationale de santé [1] dont l'ambition est de définir un cadre de l'action publique pour combattre les inégalités de santé et d'accès au soins. La Stratégie nationale de santé (SNS) rappelle qu'il est primordial d'adapter le système de santé français aux enjeux du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques. Dans un souci d'efficacité et de qualité des soins, l'organisation de la prise en charge des patients doit être améliorée pour éviter les ruptures dans les parcours de santé et plus particulièrement pour les personnes vulnérables, en perte d'autonomie ou souffrant de pathologies chroniques. Cette organisation doit être au plus près des patients et passe par le décloisonnement et la collaboration des professionnels de santé, des établissements sanitaires et médico-sociaux sur un territoire donné.

En réponse à ces enjeux, la SNS préconise d'améliorer l'organisation des soins pour les patients et d'en garantir l'égalité d'accès par la structuration des soins de proximité autour d'équipes de soins primaires et par le renforcement du rôle du médecin traitant. Au delà de l'organisation locale des soins de proximité, il est proposé aux acteurs d'un territoire de s'engager de manière solidaire sur des objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé. Cette démarche contractuelle doit être construite avec les Agences régionales de santé.

Sur la base de la SNS et du rapport Devictor [2], l'article 12 du projet de loi de santé (annexe I) propose un Service territorial de santé au public (STSP) qui doit assurer pour la population d'un territoire l'accès et la continuité des prises en charge et de l'accompagnement par les acteurs sanitaires, médico-sociaux et tout autre acteur de santé. Un STSP repose sur un projet de territoire défini à partir d'un diagnostic partagé des besoins et doit permettre de coordonner l'offre de proximité.

Le projet de loi a d'emblée suscité de fortes réserves auprès des médecins généralistes libéraux qui ont considéré le STSP trop coercitif à l'égard de leur liberté d'exercice et craignaient à travers ce service l'ingérence des ARS sur leur activité [3]. Suite aux débats parlementaires, le STSP est redéfini en Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), dispositif organisé par et autour des Equipes de soins primaires (ESP) auxquelles seront associés les acteurs du territoire.

Depuis sa création en 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de Franche Comté a élaboré une démarche de territorialisation de sa politique de santé avec la mise en place de contrats locaux de santé. En prévision des futurs services territoriaux de santé, une réorganisation territoriale a été définie et des diagnostics territoriaux partagés ont été réalisés sur plusieurs territoires. Suite à la suppression du STSP par l'Assemblée Nationale, l'ARS souhaite étudier la faisabilité de mise en œuvre des nouveaux dispositifs de l'article 12. Le territoire du Pays de Vesoul Val de Saône est opportun à cette étude : le Contrat local de santé (CLS) signé avec le pays de Vesoul Val de Saône arrive à échéance et les trois territoires de proximité regroupés au sein de ce pays ont été diagnostiqués. La reconduction du CLS peut être l'occasion d'initier un nouveau type d'organisation des soins primaires sur ce territoire.

1 Vigneron E. Les inégalités de santé dans les territoires français (2011)

1 - Contexte

1.1 - L'ARS de Franche Comté

1.1.1 - Missions et objectifs d'une ARS

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) [4] crée les Agences régionales de santé, établissements publics de l'état. Les ARS ont pour objectifs la territorialisation de l'action publique dans le domaine de la santé et l'adaptation des politiques de santé au plus près des particularités et des nécessités des territoires. Elles ont pour missions la promotion de la santé et la prévention, la veille et la sécurité sanitaire, l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires, les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins des personnes et l'accompagnement médico-social. Par la régionalisation des politiques de santé, les ARS organisent une gradation cohérente des services de santé et l'harmonisation des pratiques médicales afin d'assurer pour les patients une prise en charge équivalente et de qualité en tous points sur le territoire dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elles permettent la mise en œuvre d'approches transversales (continuum prévention, soins, médico-social) et intersectorielles (coordinations avec les autres acteurs publics ayant une action sur la santé). Les objectifs de la politique de santé en région et les mesures destinées à les atteindre sont définis dans le Projet régional de santé (PRS) [5].

1.1.2 - L'organisation territoriale de la santé

Depuis la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins, le territoire est au centre des réflexions pour l'organisation du système de santé [6]. Avec la Loi HPST, l'action territoriale est renforcée pour faire face aux besoins des populations au delà des limites administratives d'un département ou d'une région. Les territoires de projet ou d'animation sont reconnus comme des leviers pour favoriser la mobilisation d'acteurs locaux au-delà de leur cloisonnement institutionnel [7]. Face aux besoins croissants de soins de proximité et de coordination entre la gradation des soins et les secteurs du social et du médico-social, le territoire est devenu un outil essentiel à la fois de déclinaison descendante des politiques régionales de santé mais aussi de reconnaissance des initiatives locales.

1.1.2.1 - L'offre de services en santé de proximité

La prise en compte des recommandations de la SNS dans l'organisation d'une offre de soins de proximité sur l'ensemble d'une région a amené l'ARS de Franche Comté à redéfinir le territoire. La région a été réorganisée en cinquante cinq territoires de proximité basés sur les bassins de vie 2012 de l'INSEE. Les bassins de vie correspondent au territoire "vécu" sur lequel les habitants ont un accès aux équipements les plus courants. Les territoires de proximité définissent un maillage territorial pour structurer l'offre et la prise en charge dite de premier recours et l'orientation vers les niveaux supérieurs de recours (plateaux techniques, établissements sanitaires, centre régional hospitalier) (annexe II). Les territoires de proximité sont le lieu d'une offre de santé à aménager pour faire face au vieillissement de la population et prendre en charge les maladies chroniques [8].

Pour répondre à ces enjeux, l'ARS de Franche Comté, a défini une offre de services en santé de proximité organisée entre les premier et deuxième niveaux de recours aux soins afin de

garantir :

- l'accès et l'organisation des soins de premier recours
- l'organisation et la coordination de parcours de santé
- la présence d'une ou plusieurs plate-forme(s) territoriale(s) d'appui à la coordination des parcours complexe
- l'accès aux urgences, la permanence et la continuité des soins
- une offre graduée et articulée avec le 2ème et le 3ème recours
- au minimum une offre en terme de prévention choisie parmi les priorités régionales

La notion de proximité contient plusieurs aspects : elle est d'abord perçue d'un point de vue géographique mais elle doit garantir un juste équilibre entre les notions d'accessibilité, de sécurité et d'efficience [9]. En terme de santé, l'accessibilité est définie par la distance ou d'éloignement du patient aux services de soins. Ces services doivent également être adaptés au comportement de la population en terme de déplacement (utilisation des transports publics, disponibilité d'une voiture individuelle, comportements en relation avec les déplacements domicile/travail).

1.1.2.2 - La régulation de l'offre de premier recours

Pour réguler l'offre en santé en conformité avec les programmes du PRS, l'ARS peut agir sur l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

Depuis la loi HPST, l'ARS intègre une logique de régulation de l'offre de soins auprès des professionnels de santé libéraux. L'ARS est chargée de la régulation de la permanence de soins ambulatoires mais n'est pas en mesure d'agir directement sur la répartition et l'organisation des professionnels de santé et sur la qualité des soins. Pour réguler les problèmes de démographie médicale l'ARS dispose des mesures d'aides et d'incitation du pacte Territoire et santé. L'ARS soutient l'activité des professionnels de santé libéraux par la formation professionnelle initiale, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), les protocoles de coopération, le regroupement de professionnels de santé et la télémédecine.

1.1.3 - L'animation territoriale en santé

Dans les ARS, l'animation territoriale permet la mise en cohérence d'un ensemble d'activités en vue d'améliorer la santé de la population sur un territoire. Elle conduit l'articulation des initiatives et politiques développées dans le domaine de la santé en relation avec les besoins et les ressources locales. L'animation territoriale de santé est un service pivot pour assurer la transversalité et le décroisement au plus près de la réalité du terrain et permettre des actions individualisées par territoire (annexe III).

1.1.3.1 - Les animateurs territoriaux de santé

Les animateurs territoriaux sont l'interface entre les acteurs du terrain et les directions métiers de l'ARS. Dans le cadre de leurs activités, ils assurent la construction, la contractualisation et l'exécution des contrats locaux de santé. Dans ce cadre, ils sont amenés à élaborer des diagnostics, accompagner des projets, animer des débats publics, relayer des actions de santé au niveau du territoire, établir des partenariats de proximité avec les professionnels de santé, les associations et les élus du territoire.

1.1.3.2 - Les contrats locaux de santé

Pour agir sur les problématiques spécifiques d'un territoire, la loi HPST prévoit une déclinaison territoriale des objectifs du PRS à travers des contrats locaux de santé conclus entre l'ARS, les collectivités territoriales et toute institution s'associant aux décisions stratégiques. Les contrats locaux de santé répondent à la volonté d'adapter la mise en œuvre des politiques de santé de l'ARS aux territoires [10]. Le CLS permet aux ARS d'agir de manière transversale et mutualisée sur la réduction des inégalités territoriales en partenariat avec les élus et acteurs du territoire. La mise en œuvre des CLS est une mission de l'animation territoriale de santé.

A travers le CLS, l'ARS décline de manière transversale les objectifs des programmes du PRS. De leur côté, les collectivités territoriales inscrivent sur leur territoire des actions de santé plus pertinentes et en cohérence avec les dispositifs existants (SCOT, ASV, volet santé de la politique de la ville). Le CLS peut couvrir toutes les compétences de l'ARS en prenant en compte l'intersectorialité des acteurs de l'aménagement du territoire. Il permet d'agir sur les inégalités territoriales de santé en apportant des actions ciblées relevant des compétences spécifiques des acteurs locaux [11].

1.2 - Les nouveaux dispositifs du projet de loi de santé

1.2.1 - Les équipes de soins primaires

Sur certains territoires, la démographie médicale est devenue un véritable enjeu. Pour répondre au problème de démographie médicale, les pouvoirs publics encouragent les regroupements pluriprofessionnels sous la forme de Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). Ce type de regroupement de professionnels libéraux est reconnu pour avoir un effet positif à l'installation des professionnels de santé dans les zones fragiles [12]. Les MSP proposent une offre de soins coordonnés afin d'adapter l'évolution du premier recours aux besoins des populations et sont reconnus pour avoir une meilleure qualité de pratique par rapport à l'exercice standard [13]. Ces formes d'exercice sont également plus attractives, notamment pour les jeunes professionnels. Le projet de loi promeut ce type d'organisation avec les équipes de soins primaires.

Selon l'amendement gouvernemental (annexe I), une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitués autour de médecins généralistes de premier recours choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent [14]. Cette équipe devra pouvoir prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé pluridisciplinaire. L'équipe de soins primaires devra élaborer un projet de santé qui aura pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ces équipes de soins primaires devront contribuer à la structuration des parcours de santé coordonnés en particulier pour les patients atteints de maladie chroniques, les personnes en situation de handicap et les personnes en situation de précarité sociale.

Aux dispositifs existants, la nouvelle loi ajoute de nouvelles missions aux ESP qui devront être partie prenante dans les parcours de santé et la réduction des inégalités de santé.

Aujourd'hui en Franche-Comté, 44 MSP représentent 10 % de l'activité de médecine généraliste libérale.

1.2.2 - Les communautés professionnelles territoriales de santé

Le projet de loi prévoit la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé qui seraient à l'initiative des professionnels organisés en équipes de soins primaires. Une CPTS représente pour les professionnels de santé une incitation à s'organiser eux-mêmes en équipe pour mieux se coordonner entre professionnels de santé libéraux sur le territoire qu'ils auront défini. Selon les projets des fondateurs de la communauté, des acteurs des soins de premier ou second recours, ou des acteurs médico-sociaux et sociaux, pourront intégrer le projet. Ces communautés permettront de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité. Comme les équipes de soins primaires, les communautés formaliseront un projet de santé devant participer à la réalisation des objectifs du PRS défini par l'ARS.

Ces communautés existent actuellement sous la forme de pôles de santé ou de MSP hors murs dénommés Pôles de santé pluridisciplinaires (PSP). Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours et le cas échéant de second recours. Ils peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et peuvent intégrer des maisons de santé, des centres et réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux.

Contrairement aux MSP, les pôles de santé peuvent s'affranchir d'un projet immobilier et donnent la possibilité de regrouper des professionnels de santé différents sur un territoire. Les professionnels conservent leur lieu d'exercice et leur indépendance. Ces pôles permettent de desservir l'ensemble de la population en dépassant la notion de patientèle [15].

L'organisation de ces deux modèles a déjà été préconisé sur un même territoire [15,16] et a déjà été développé dans certaines régions. Le projet de loi missionne les ARS pour engager le déploiement des CPTS et leur contractualisation à travers un Contrat territorial de santé (CTS) (fig. 1).

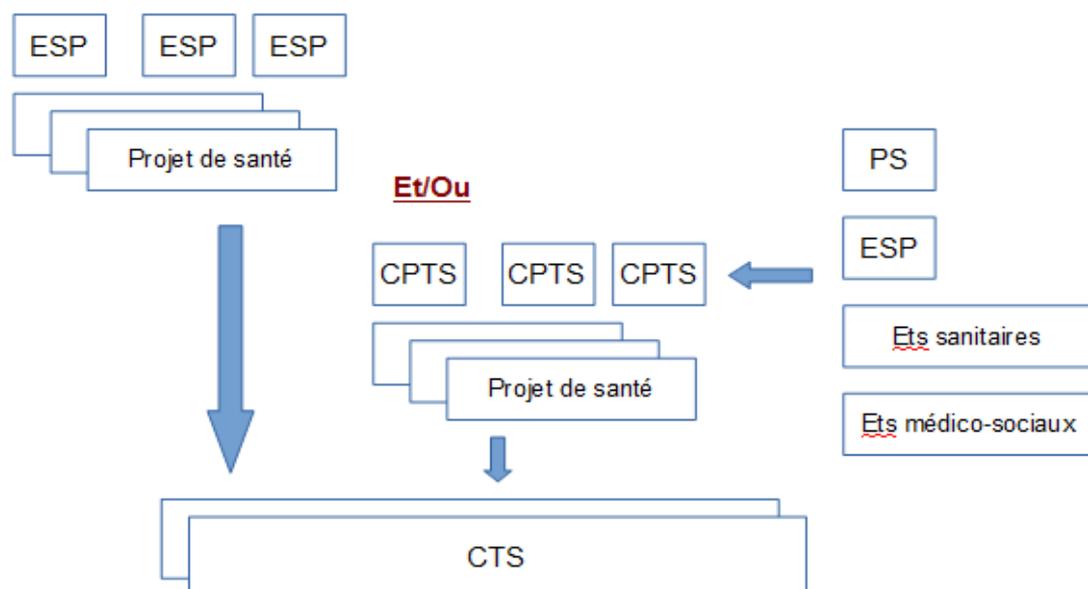


Fig. 1 – schéma de l'organisation des dispositifs de l'article 12

1.2.3 - Les projets de santé

Les projets de santé des ESP et des CPTS ne semblent pas différer des projets de santé des dispositifs existants que sont les MSP et pôles de santé. Les projets de santé doivent être compatibles avec les orientations des schémas régionaux et doivent être transmis pour information à l'ARS. Les projets de santé intègrent des objectifs d'amélioration de la qualité des soins et des objectifs de missions publiques. Dans les projets de santé, les professionnels s'engagent à assurer la continuité des soins, à organiser l'Education thérapeutique du patient (ETP), à effectuer des consultations de dépistages ou des actions de prévention. Ils s'engagent également au suivi coordonné des patients dans leurs parcours de soins.

1.2.4 - Le contrat territorial de santé

La définition du Contrat territorial de santé (CTS) ne diffère pas du contenu et des modes de contractualisation des CLS. Le CLS qui devait disparaître dans la première version du texte est conservé et le CTS vient ajouter un nouveau mode de contractualisation avec les acteurs du territoire.

1.3 - Les missions des ESP et des CPTS

1.3.1 - Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

La réduction des inégalités de santé est aujourd'hui une priorité de santé publique en France. Malgré cette priorité affichée depuis 2004, ces inégalités, qui suivent un gradient social, perdurent en France : en 2000-2008, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes [17].

Ces inégalités sociales touchent également l'accès aux soins. En France, des inégalités de recours aux soins selon le niveau de revenu pour les personnes de 50 ans et plus sont particulièrement marquées pour le recours aux soins de spécialistes, dépistage du cancer du sein (mammographie), l'examen des yeux et l'examen de coloscopie [18].

A la situation sociale s'ajoute un effet du contexte territorial et les inégalités territoriales de santé sont au moins aussi importantes que les inégalités sociales de santé et se conjuguent [8]. L'état de santé d'un individu dépend de sa situation sociale et les individus vivent généralement auprès de ceux qui leur ressemblent au niveau socio-économique. Le lieu de vie peut agir sur certains déterminants de santé comme les expositions environnementales et sur l'accès aux services de santé.

En 2008, la commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé [19]. Les déterminants tels que le niveau d'instruction, profession, revenu et lieu de résidence déterminent tous l'accès aux soins et leur efficacité. L'OMS recommande la mise en place de systèmes de santé centrés sur les soins primaires et le bon équilibre de l'offre de santé entre le milieu rural et le milieu urbain. Les systèmes de soins de santé doivent être fondés sur les principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

La réduction des inégalités sociales de santé implique d'agir sur différents leviers et l'accès aux soins contribue à la réduction de ces inégalités [20]. Les inégalités d'accès aux soins existent même dans un système égalitaire de recours aux soins et peuvent être expliquées par l'accès financier, la disponibilité de l'offre de santé, par la connaissance et l'utilisation du système de santé, par la distance sociale entre le médecin et le patient et par la difficulté du système de

santé à envisager la dimension sociale des problèmes de santé. C'est par la proximité, par l'accès universel et par le contact régulier avec le patient que les soins primaires jouent un rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé en accompagnant l'ensemble des patients vers une meilleure prise en charge de leur santé [21].

1.3.2 - Les parcours de santé

Avec la transition épidémiologique, de plus en plus de personnes vivent de nombreuses années avec des maladies chroniques et des polyopathologies. La prise en charge de ces pathologies chroniques ou de l'état de dépendance des personnes multiplie les intervenants tout au long de la vie du patient en réduisant la place des soins curatifs au profit de prises en charge médico-sociales ou sociales.

Les parcours de santé se sont développés prioritairement pour les populations des personnes âgées et des patients atteints de maladies chroniques. Ils peuvent concerner d'autres types de population tels que les personnes en situation de handicap ou les personnes en situation de précarité. Ils intègrent la prévention, la réponse aux besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les organisations efficaces de parcours sont liées à la fois au contexte local, à la mobilisation des acteurs, à la gouvernance et à l'animation territoriale dans la conduite du projet.

Les parcours de santé concourent à l'amélioration de la santé des personnes et à la préservation de l'autonomie. Ils permettent d'éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, de prendre en compte l'ensemble des besoins de santé et d'y apporter des réponses adaptées.

Avec le projet de loi, l'organisation des parcours de santé ne sera plus le seul fait des Agences régionales de santé et devra être mis en oeuvre à partir des professionnels eux-mêmes.

1.3.3 - Les plateformes d'appui à la coordination

Selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), la coordination territoriale d'appui "*rassemble tous professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés. La coordination vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'OMS*" [22].

Pour faciliter le recours par les médecins traitants, une plate-forme d'appui à la coordination doit être transversale et doit prendre en charge les patients, indépendamment de leur âge et de leur pathologie, et en faisant le lien entre ses besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Mais ces plate-formes sont souvent organisées par pathologies ou par secteur. Dans le secteur des personnes âgées, on trouve différents types de plateformes comme les SSIAD, MAIA et CLIC (annexe IV) qui proposent des prises en charge différentes selon le type de service et l'âge des patients.

En tant que dispositifs de coordination, les plateformes d'appui permettent d'atténuer les inégalités de santé "par omission" en évitant un non recours aux soins ou à un service d'aide par méconnaissance des systèmes sanitaires et sociaux [23].

En Franche-Comté, une plateforme de coordination d'appui mise en place depuis plusieurs années semble faire ses preuves [24]. Cette coordination d'appui pilotée par l'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA) a eu pour origine un réseau de soins palliatifs

portés par la médecine libérale. L'ARESPA est une plateforme généraliste qui facilite le parcours de soins et de vie des patients par des interventions centrées sur les conséquences de la maladie dans le quotidien (annexe IV).

1.4 - Le contexte du Pays de Vesoul Val de Saône

Le Pays de Vesoul Val de Saône (département de la Haute Saône) est constitué des 3 territoires de proximités de Vesoul Ville, Vesoul Zone et Port-sur-Saône (annexe V). Ces 3 territoires de proximité forment un secteur pivot basé sur le secteur des urgences du centre hospitalier de Vesoul. Ces territoires ont des caractéristiques différentes. Le territoire de proximité de Vesoul Ville est caractérisé par une attractivité au niveau économique et l'emploi progresse de façon soutenue. Le diagnostic de l'offre de soins ne recense pas de manque au niveau des professionnels de premier recours². L'offre de médecins spécialistes libéraux est pourvue mais fragile. L'offre de consultations spécialisées du centre hospitalier pourrait s'affaiblir en rapport à l'accroissement des subsidiarités auxquelles l'hôpital doit faire face pour répondre au problème de démographie des médecins spécialistes libéraux. Les programmes d'ETP sont dispensés par le centre hospitalier et un spécialiste de ville. La Ville de Vesoul possède 3 zones classées ZUS et un Atelier santé ville est en place. La part des personnes âgées de plus de 75 ans progresse sur le bassin de vie de Vesoul et représente 9,1% de la population³.

Le territoire de ville zone profite de sa proximité avec la ville de Vesoul en terme d'accès aux soins de second recours. Ce territoire recense 2 MSP qui dispensent des programmes d'ETP. L'offre de soins de premier recours est fragile pour les médecins généralistes.

Le territoire de proximité de Port-sur-Saône est caractérisé par un vieillissement plus marqué de la population. La part des personnes âgées vivant seules est surreprésentée dans les zones rurales au nord (annexe VI). La part des personnes âgées de plus de 75 ans progresse de façon modérée sur Port-sur-Saône mais celle-ci progresse de façon importante sur le bassin de vie de Jussey et représente 13,4 % de la population. Sur le territoire de Port sur Saône une part importante de la population est non imposable (de 54 % à +58 % au km²). Le diagnostic de l'offre montre des fragilités au niveau des professionnels de santé en particulier pour les médecins généralistes (annexe VI) et les masseurs-kinésithérapeutes. Le nord du territoire est marqué par des problèmes de mobilité pour l'accès aux plateaux techniques et à l'offre de 2ème recours : 50 % du territoire est à plus de 30 minutes d'un service d'urgence et près de 40 % du territoire est à plus de 30 minutes d'un service d'imagerie médicale. Le territoire ne bénéficie pas de programmes d'ETP. Le nord du territoire souffre d'un manque général d'actions de prévention. Pour les personnes âgées, le nombre de places en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est insuffisant mais doit être compensé par le développement du maintien à domicile des personnes.

L'ensemble des 3 territoires montrent un faible taux de couverture pour le dépistages des cancers avec des taux variant de 40 % à 50 % pour le dépistage du cancer du sein et de 20 % à 40 % pour le dépistage du cancer colorectal.

Les usagers sont en demande d'améliorations relatives à l'accès aux soins pour les dentistes, les ophtalmologistes, les dermatologues et autres spécialistes. Ils évoquent des problèmes de mobilité et de temps de transports. Ils sont préoccupés par le maintien à domicile des

2 Source : diagnostics partagés ARS de Franche-Comté

3 Source : INSEE - diagnostic territorial de la Haute-Saône - 2013

personnes âgées, l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap et le soutien aux aidants. Ils évoquent également un manque d'information concernant le système de santé à l'échelle du territoire.

1.5 - Problématique et mission de stage

Avec le changement du texte de loi, ce sont maintenant les professionnels de santé qui seront à l'initiative de l'organisation des soins primaires et de la définition du contenu des projets de santé du territoire pour structurer les parcours de santé et contribuer à la réduction des inégalités de santé. Les ARS quand à elles sont chargées de contribuer à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé et de formaliser avec celles-ci des contrats territoriaux de santé sur la base de leurs projets de santé.

S'il peut sembler prématuré de développer les nouvelles mesures d'un projet de loi pouvant encore être modifié, nous avons vu dans le contexte que les dispositifs de l'article sont très proches de dispositifs existants dans la législation. La réalisation de diagnostics partagés sur les territoires de proximité du Pays de Vesoul Val de Saône, dont le CLS en cours de reconduction, offre l'opportunité d'analyser les conditions préalables favorables à l'émergence d'une communauté professionnelle territoriale de santé et la contractualisation d'un CTS.

1.6 - Objectifs

Objectif général

- Etudier la faisabilité de la mise en œuvre des nouveaux dispositifs de l'article 12 du projet de loi de santé (équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé et contrat territorial de santé) sur le territoire du Pays de Vesoul Val de Saône

Objectifs spécifiques

- Etudier les nouveaux dispositifs de l'article 12 du projet de loi de santé par rapport à la situation du territoire étudié
- Repérer les freins et les leviers pour la mise en place de ces dispositifs sur le territoire
- Identifier des initiatives pouvant favoriser la mise en œuvre d'un contrat territorial de santé sur le territoire étudié

Activités à mettre en oeuvre

- Analyser les composantes des nouveaux dispositifs du projet de loi et leur mise en œuvre possible sur le territoire étudié
- Concevoir une analyse stratégique pour repérer les freins et les leviers par rapport à la situation existante
- Animer un atelier de travail pour identifier les initiatives à mettre en place par l'ARS

2 - Méthodes

2.1 - Choix de la démarche

2.1.1 - Démarche qualitative

Pour répondre aux deux premiers objectifs spécifiques, nous avons choisi une approche qualitative. Cette approche est cohérente avec les critères de techniques d'investigation correspondant à [25] :

- La nature de ce qui est recherché : l'objectif de cette phase d'analyse était d'interroger les professionnels pour explorer leur perception et représentations sur les dispositifs et pour cerner les ressources et les contraintes à leur mise en œuvre sur un territoire défini. Par l'utilisation de questionnaires ouverts, cette démarche a permis d'approfondir l'exploration du sujet à étudier.
- L'ampleur de la population observée : l'enquête a été menée au sein de l'ARS et le nombre de personnes à interroger permettait de réaliser des entretiens avec chacun en individuel.
- Conditions de leur mise en œuvre : la position d'observation du stagiaire a permis d'avoir une approche transversale entre les services de l'ARS et d'aborder les professionnels en dehors des rapports formels dans l'institution.

2.1.2 - Méthodologie

Pour mieux comprendre les éléments des dispositifs à étudier et le contexte dans lequel ils s'inscrivent, un modèle d'analyse a été construit [25]. Ce choix méthodologique a permis de structurer un modèle théorique présentant des critères d'analyses extérieurs aux intérêts et aux représentations des observateurs. Le modèle théorique nous a permis de porter un regard critique par rapport aux points de vue des professionnels sur la problématique étudiée.

Cette méthode comporte plusieurs étapes qui ont permis de construire l'objet d'étude, de recueillir des informations de terrain et de les analyser (fig. 2) :

- en se basant sur la question de départ, des observations documentaires, des observations de réunions de travail et des entretiens directifs qui ont permis de collecter des données pour élaborer une problématique empirique
- à partir de cette problématique, nous avons construit un modèle d'analyse basé sur une recherche documentaire. Puis nous avons établi une liste d'hypothèses en nous basant sur le cadre théorique. La liste des hypothèses a servi à élaborer le questionnement de la recherche par entretiens
- le recueil des données a été réalisé sous forme d'entretiens semi-directifs. Ce type d'entretiens a permis d'interroger les professionnels sur leurs connaissances et perceptions des thèmes à étudier
- les données des entretiens semi-directifs ont été complétées par des données fournies dans des comptes-rendus d'entretiens
- Les données ont été analysées et les résultats ont servi de support à un atelier de travail collectif

Pour répondre au troisième objectif spécifique, un atelier de travail a été organisé au sein de

l'ARS pour permettre la restitution du travail d'analyse des dispositifs puis l'identification d'axes d'actions pour anticiper leur mise en œuvre.

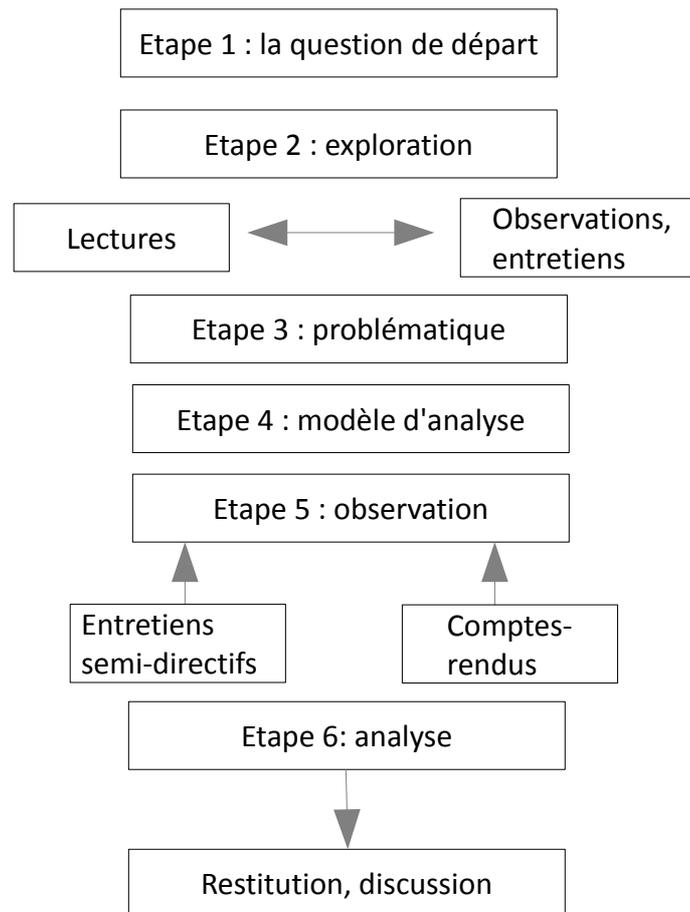


Fig. 2 – schéma logique de l'étude

2.2 - Choix du questionnement

2.2.1 - Problématique empirique

A partir de la question de départ "*comment est-il possible pour l'ARS de mettre en œuvre une communauté professionnelle territoriale de santé et un contrat territorial de santé sur le territoire du Pays de Vesoul Val de Saône ?*", nous avons entrepris un travail de recherche d'informations pour préciser notre objet d'étude.

Nous nous sommes basés sur le texte de loi (annexe I), le rapport Devictor [2] et les entretiens conduits auprès de la responsable du service du département de l'animation territoriale et du responsable de la stratégie et du pilotage de l'ARS pour faire ressortir les éléments du texte à étudier. L'organisation des CPTS, le contenu du CTS et les parcours de santé nous ont semblé prioritaires et en lien avec la feuille de route interne de mise en place du STSP.

Pour développer le questionnement, nous avons effectué une recherche supplémentaire regroupant :

- des entretiens directs auprès des animateurs territoriaux
- des diagnostics partagés du territoire étudié
- des observations participantes de réunions sur la reconduction du CLS et de réunions

internes

Le croisement des informations a fait ressortir les éléments suivants :

- Les MSP sont bien implantées en Franche Comté ; néanmoins elles ne couvrent pas l'ensemble des zones déficitaires sur le territoire du Pays de Vesoul Val de Saône. Le territoire présente des problèmes de démographies médicale et para-médicale et reste peu attractif pour les professionnels libéraux du premier et du second recours
- Les CPTS ouvrent une large question au sein de l'ARS sur l'aptitude des professionnels de santé libéraux à initier une organisation de proximité pour apporter une réponse aux besoins de santé du territoire
- Un parcours pour les personnes âgées est en phase d'expérimentation sur 4 sites franc-comtois mais cette expérimentation ne concerne pas le territoire étudié
- Les plate-formes d'appui existent mais il reste des interrogations quant à leur fonctionnement sur le terrain
- La logique ascendante de soutien des projets des professionnels de santé libéraux ne permet pas de fixer à l'avance le contenu du CTS

A cette liste, nous avons ajouté la prise en compte des projets de santé qui sont un élément clé pour l'organisation des ESP et des CPTS. Nous avons également retenu la mission de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui devient un objectif partagé entre l'ARS, les ESP et les CPTS.

Au regard de ces informations, nous avons formulé une problématique empirique pour prendre en compte les aspects des éléments absents, non maîtrisé ou incomplets sur le territoire et posé la question suivante : *"Quelles sont les conditions préalables à la mise en place des éléments du texte du projet de loi pour que ceux ci répondent aux besoins de santé du territoire étudié"*. Puis nous avons détaillé les conditions préalables pour :

- l'installation des médecins généralistes en zones rurales
- la création de MSP et de MSP hors murs
- la réalisation d'un projet de santé orienté territoire
- la mise en place d'un parcours de santé
- le bon fonctionnement des plates-formes d'appui
- l'amélioration d'accès aux soins primaires et aux spécialistes
- la réduction des inégalités sociales de santé

2.2.2 - Problématique théorique et modèle d'analyse

Chaque élément a constitué un thème à étudier. Pour chaque thème nous avons retenu un cadre théorique pertinent basé sur la recherche documentaire (tab. 1). Le cadre théorique a représenté le support pour la formulation des hypothèses.

Pour chaque hypothèse nous avons souhaité obtenir des données qualitatives recueillies sous forme d'entretien semi-directifs .

Thèmes	Cadres théoriques	Hypothèses
Equipes de soins primaires	"Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale" Munck et al. [26]	De nouvelles équipes de soins primaires pluriprofessionnelles peuvent émerger sur le territoire
Communauté professionnelle territoriale de santé	"Les maisons de santé pluriprofessionnelles : penser localement, agir globalement ?" Lombrail P. [27]	Des regroupements de professionnels de santé vont développer l'organisation nécessaire aux besoins en santé de la population du territoire
Projets de santé	"Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement" Juilhard et al. [15]	Des outils sont disponibles pour aider les équipes de soins primaires et les CPTS à organiser leurs projets de santé
Parcours de santé pour les personnes âgées	"Guide du parcours des personnes âgées" ANAP [28]	Les acteurs concernés ont une vision commune et consensuelle Il existe une dynamique de coopération et de coordination entre les acteurs du territoire Les professionnels de santé libéraux sont mobilisés autour de parcours de santé
Plate-forme territoriale d'appui	"Évaluation de la coordination d'appui aux soins" IGAS [22]	Des outils sont disponibles pour aider les équipes de soins primaires et les CPTS à structurer les parcours de santé Les structures de coordination existantes (AREPSA, MAIA, CLIC) sont correctement identifiées par les professionnels de santé sur le territoire Les échanges d'information entre les plate-formes d'appui et le médecin traitant sont satisfaisants
Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé	"Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution" Jusot F. [18] "Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé" Bourgeuil et al. [21]	Les ESP et les CPTS peuvent concourir à améliorer - l'accès aux soins primaires - l'accès aux soins de spécialistes - les actions de prévention

Tab. 1 – modèle d'analyse

2.3 - Recueil des données

2.3.1 - Population

Le projet de loi a été adopté par l'Assemblée nationale mais n'a pas été promulgué par le Sénat. Le texte de loi n'étant pas définitif, nous avons souhaité que l'étude de faisabilité soit réalisée en interne pour ne pas solliciter les partenaires et professionnels du territoire sur des dispositifs pouvant encore subir des modifications.

Nous avons étudié la possibilité d'interroger les membres de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) pour recueillir des informations complémentaires et avoir une vision externe à l'ARS à travers cette instance. Le service de la démocratie sanitaire nous avait proposé d'interroger les membres de la CRSA à partir d'un questionnaire informatisé. Cette solution n'a pas été retenue car le caractère structuré de ce type de questionnaire ne correspondait pas au type de données à recueillir.

Pour élargir la population d'étude vers l'extérieur, nous avons choisi d'ouvrir les entretiens aux membres de la CRSA représentant les instances relatives aux soins primaires et aux usagers. Nous avons retenu la représentante de l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux (URPS-ML), la représentante de la Fédération des maisons de santé comtoises (FEMASAC) et la représentante du Collectif inter associatif sur la santé (CISS). Les étapes de construction de la réflexion ont limité le temps disponible pour interroger les représentants des URPS infirmiers, pharmaciens et masseurs kinésithérapeutes.

En résumé, le panel des personnes à interroger représentait 10 professionnels de l'ARS, 3 représentants de la CRSA et la chargée de mission du Pays de Vesoul Val de Saône retenue pour sa bonne connaissance du territoire et des acteurs du terrain (annexe VII).

2.3.2 - Entretiens et observations

Le modèle d'analyse a servi de base pour les guides d'entretien. Pour chaque thème, une question large de départ était posée pour l'entrée en matière, l'objectif étant que la personne s'exprime librement. Des questions de relance ont été posées pour assurer que tous les thèmes soient abordés lors de l'entretien. Les questions ont été adaptées au contexte des professionnels interrogés quand les thèmes dépassaient les champs de compétences de leur activité (annexe VIII).

Les guides d'entretiens ont été testés auprès de deux animatrices territoriales de santé.

Les personnes interrogées ont été contactées par messages électroniques pour expliquer la démarche de l'enquête et les conditions du recueil des données (enregistrement, anonymat). Préalablement à chaque entretien, les personnes interrogées ont reçu plusieurs jours avant l'interview une version à jour de l'article 12 du projet de loi (annexe I).

Les entretiens semi-directifs ont été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées puis retranscrits dans leur intégralité.

Les observations participantes ont conduit à la prise de notes pour recueillir lors des réunions des informations sur les éléments à étudier.

2.3.3 - Recherche documentaire

Une recherche documentaire a été réalisée pour chacun des thèmes étudiés. Cette recherche a été effectuée sur les sites Internet de Cairn.info, de l'IRDES, du ministère de la santé, de l'ANAP

et du portail des agences régionales de santé. Les documents utilisés pour la construction du modèle théorique ont été retenus selon leur cohérence à prendre en compte la problématique empirique pour chacun des thèmes.

2.3.4 - Analyse des entretiens des diagnostics

La réalisation des diagnostics partagés a donné lieu à des entretiens individuels auprès des acteurs de santé du territoire (tab. 2 et tab. 3). Ces entretiens ont été conduits par 2 animatrices territoriales de santé. Les personnes ont été interrogées à l'aide d'une grille d'entretien commune. Les entretiens ont été retranscrits sous forme de compte-rendus en suivant l'ordre des questions de la grille d'entretien.

Face à la contrainte de ne pouvoir interroger les professionnels du terrain pour cette étude, nous avons choisi d'utiliser ces données pour compléter les données des entretiens semi-directifs. L'utilisation des entretiens des diagnostics nous a semblé utile pour enrichir les discours des professionnels de l'ARS par ceux des professionnels du territoire et obtenir ainsi une vision du terrain.

Documents	Date de recueil des données	Opérateurs du recueil
Diagnostics partagés des territoires de Port sur Saône, Vesoul ville et Vesoul zone	d'avril à septembre 2014	ARS, Pays de Vesoul Val de Saône

Tab. 2 – liste des documents utilisés pour l'analyse de la situation actuelle

Type de personnes interrogées	Nombre
Médecins généralistes	7
Dentistes	4
Masseur-Kinésithérapeutes	4
Représentants d'établissements sanitaires (centre hospitalier et santé mentale)	2
Représentants d'établissements médico-sociaux (EHPAD, MASPA, services à domicile, SSIASD, IME, SESSAD, ESAT, MAS)	6
Représentant du centre d'examen préventifs de santé	1

Tab. 3 – listes des entretiens des diagnostics

2.4 - Méthodes d'analyse

2.4.1 - Analyse des données

Les entretiens semi-directifs ont été retranscrits dans leur intégralité. Puis ils ont été analysés par thème et sous thème pour regrouper les idées. Les données des entretiens des diagnostics ont complété les données des entretiens semi-directifs afin de confronter l'ensemble des données recueillies aux hypothèses.

2.4.2 - Analyse stratégique

L'analyse SWOT a été créée et développée aux Etats unis par Albert Humphrey dans les années 60 et 70. L'analyse SWOT permet d'avoir une présentation synthétique et un point de vue global pour déterminer les options stratégiques envisageables pour un projet. L'analyse SWOT a été

choisie pour faire apparaître les freins et les leviers à la mise en œuvre des éléments de l'article 12 par rapport au contexte du territoire étudié. L'analyse stratégique a été réalisée à partir de l'analyse des données et des observations participantes.

2.5 - Restitution et mise en discussion

La restitution et la mise en discussion se sont déroulées sous la forme d'un atelier. L'objectif de cet atelier était d'amener les professionnels de l'ARS à identifier des initiatives pouvant favoriser la mise en œuvre d'une CPTS, d'un contrat territorial de santé sur le territoire.

Nous avons invité les responsables des services ayant participé aux entretiens, l'ensemble des animateurs territoriaux et le directeur du département. Nous avons choisi d'inviter des chargés de mission de l'ARS en rapport à leur expérience auprès des professionnels des soins primaires, des parcours de santé et de la prévention (annexe IX). L'atelier s'est déroulé pendant un période de congés et un tiers des personnes invitées n'a pu être présent.

Cet atelier a été conduit en deux parties. Pendant la partie de restitution nous avons présenté :

- les éléments de l'article 12 du projet de loi
- le contexte territorial par rapport à ces éléments
- l'analyse stratégique
- une synthèse des demandes et besoins de professionnels et des usagers

Ce premier temps a été conduit sur une durée de 30 minutes. Puis un temps d'échange de 20 minutes a permis aux participants de poser et de répondre aux questions.

Dans un deuxième temps, les participants ont conduit une réflexion sur les actions prioritaires à mettre en place pour la mise en œuvre d'un contrat territorial de santé sur le territoire. Cette réflexion a été menée sous la forme d'un libre échange entre les participants sur une durée de 50 minutes. L'atelier a été animé par la stagiaire. L'animation du groupe de travail a permis de gérer l'expression de chacun, les temps de parole et la durée de l'atelier de travail qui avait été programmée sur une durée de 2 heures maximum. Les propositions des participants ont été retranscrites par écrit par une animatrice territoriale. Puis les propositions ont été regroupées pour repérer les idées principales. Les idées principales ont été classées sur une matrice enjeux / faisabilité dans le but de retenir des axes d'actions prioritaires.

2.6 - Calendrier

Les étapes de cette étude ont été conduites du 5 janvier au 15 juin 2015 et sont détaillées dans un diagramme de Gantt (annexe X).

3 - Résultats

3.1 - Personnes interrogées

Toutes les personnes sollicitées (annexe VII) ont été interrogée sauf un membre de la CRSA qui n'a pas donné suite pour l'entretien (tab. 4). Les personnes interviewées ont pratiquement toutes marqué de l'intérêt pour le sujet de l'étude. Une personne de l'ARS dont la prise de poste était récente a désigné un chargé de mission de son service pour l'entretien. La durée des entretiens a varié entre 45 et 60 minutes.

Entretiens	Personnes interrogées		Refus		Total	
	N	%	N	%	N	%
Professionnels ARS FC	10	71,43	0		10	71,43
Membres CRSA	2	14,29	1	7,14	3	21,43
Professionnel externe	1	7,14	0		1	7,14
Total	13	92,86	1	7,14	14	100

Tab. 4 – description de la population

3.2 - Analyse des entretiens

3.2.1 - Démographie médicale et constitution de regroupements de professionnels de santé

La démographie médicale sur un territoire est difficile à appréhender et il est compliqué de se projeter et de faire des prévisions malgré les informations fournies par les diagnostics territoriaux.

3.2.1.1 - Une démographie médicale soumise à l'incertitude

La démographie médicale peut évoluer très vite car "*on ne sait jamais quand un médecin va retirer sa plaque*" soit pour un départ en retraite ou un changement d'activité. De la même manière, on maîtrise mal la dynamique de reprise de patientèle par un jeune médecin ou l'ouverture d'un nouveau cabinet médical. Dans certains cas propices à la venue d'un nouveau médecin avec la présence d'une maison de santé sur le territoire, de maîtres de stage, une éligibilité de la zone au dispositif de praticiens territoriaux de médecine générale et de contrat d'engagement de service public "*on ne sait pas pourquoi, la mayonnaise ne prend pas*". Le territoire étudié souffre d'une image de ruralité profonde auprès des étudiants en médecine. De plus, les jeunes médecins n'ont pas envie de vivre en zone rurale loin d'activités de loisirs attractives. Les nouvelles installations se font le plus souvent sur les zones de migrations pendulaires existantes.

3.2.1.2 - Des critères identifiés pour la création de d'équipes de soins primaires

Dans le cas des MSP, on sait que les projets réussissent s'ils sont portés par les médecins et la dynamique doit venir d'eux même, "*il suffit qu'un groupe de professionnels qui souhaitent travailler ensemble s'installe*". L'exemple de la maison de santé porté par la commune de Vitrey sur Mance (nord du territoire) a été un échec, les professionnels ne sont pas venus s'y

installer et l'équipe ne s'est pas organisée. En Franche-Comté, les maisons de santé se sont constituées grâce à un leader, "*il y a toujours un leader*", une personne qui arrive à réunir une équipe de professionnels de santé autour d'un projet, un médecin qui comprend les enjeux du projet de santé pour le territoire. Les équipes se mobilisent à partir de relations personnelles qui souvent préexistent à la formalisation de l'équipe et "*la recette n'est pas forcément reproductible ailleurs*". Les bonnes relations entre professionnels sont un élément essentiel à la mise en place de ce type de projet. La motivation et la reconnaissance professionnelle mutuelle sont tout aussi primordiales. Une maison de santé réunie des professionnels autour d'un projet qui peut être perçu comme un frein. L'organisation et la coordination nécessaires au projet peuvent être vues comme un élément contraignant dans sa liberté d'exercice en particulier pour les professionnels paramédicaux.

3.2.1.3 - Des conditions peu propices à la constitution d'équipes de soins primaires

Dans un contexte d'exercice en pratique isolée ou dans des zones à faible densité médicale, il est difficile pour un médecin généraliste d'être porteur de projet en plus de son activité pour monter une maison de santé. Il est difficile pour un professionnel déjà débordé par son activité d'organiser des rendez-vous et des réunions, de formaliser des rapports, de motiver une équipe et de suivre la progression du projet. A Jussey, commune dont le contexte social est défavorisé, un des quatre médecins serait favorable à un regroupement de professionnels de santé mais "*ne souhaite pas investir dans des murs*". On remarque que des conflits professionnels sont évoqués dans les entretiens des diagnostics territoriaux, "*il faut que chacun reste à sa place*". Ces éléments semblent peu favorables à l'émergence d'une MSP sur cette commune.

3.2.1.4 - Des perspectives de création d'équipes de soins primaires inconnues

Sur le territoire étudié, deux maisons de santé sont en fonctionnement et une troisième est en projet. Ce nouveau projet est en fait l'évolution d'un cabinet médical existant vers une maison de santé. Ce type d'évolution s'est déjà produit sur le territoire. Concernant la tentative de MSP basée à Vitrey sur Mance dans le nord du territoire, il est peu probable que la situation évolue malgré toute la volonté du maire de la commune à inciter des professionnels à venir s'y installer. Ce projet a été mal perçu par les médecins généralistes de la commune voisine de Jussey. Un médecin basé dans le département limitrophe parle même de "*clivage*" entre les médecins de ces deux communes.

Concernant les médecins généralistes regroupés en cabinets médicaux ou maisons médicales, aucune information ne permet de connaître leur souhait pour mettre en place une équipe de soins primaires basée sur un projet de santé.

Il existe peu de MSP hors murs sur le territoire franc-comtois. Contrairement à d'autres régions, il semble que les professionnels francs comtois soient attachés à être sous le même toit pour leur exercice pluridisciplinaire.

3.2.1.5 - Des projets de santé orientés vers la patientèle

Actuellement, seuls les projets de santé des MSP du territoire sont connus de l'ARS. Les projets des maisons de santé sont définis à partir d'un état des lieux des besoins locaux et de l'expérience des professionnels du terrain. Si ces projets prennent en compte des diagnostics réalisés le plus souvent par les communes du territoire, il semble que les actions retenues

puissent être marquées par l'intérêt que portent les professionnels sur le sujet. La prise en compte des priorités du diagnostic est dans certains cas toute relative. Par contre, le projet de santé d'une MSP est toujours établi à partir des besoins en santé des patients et des besoins de formation et de coordination des professionnels regroupés. Au niveau des pathologies récurrentes dans leurs patientèles, les professionnels vont s'organiser, se former et collaborer pour apporter des réponses collectives ou individuelles sur le territoire. Le projet d'une MSP est l'addition du projet de santé et du projet professionnel et *"c'est ce qui en fait la force"*.

3.2.1.6 - Des projets de santé mal identifiés

Les projets de santé des MSP sont certainement modifiés au cours du temps mais il est difficile pour l'ARS d'en connaître l'évolution, *"on sait que les MSP développent de nouvelles choses mais les textes ne sont pas clairs, on nous demande juste d'accuser réception du projet de santé"*. Il y a peu de visibilité sur les actions conduites au sein des MSP et un état des lieux des projets de santé est en cours d'élaboration.

Au niveau de l'évaluation des projets, seuls les programmes d'ETP validés par l'ARS sont soumis à une auto-évaluation régulière. Si les équipes des MSP évaluent leur pratique et leurs actions, les résultats restent pour le moment confidentiels. La FEMASAC a fait la promotion de la matrice de maturité produite par la HAS pour inviter les équipes à s'auto-évaluer mais *"cet outil n'entraîne pas beaucoup d'enthousiasme"*. Il y aura peut être un changement avec la généralisation du règlement arbitral et la nécessité de répondre aux critères socles pour profiter du dispositif.

3.2.1.7 - Susciter de nouveaux projets de santé par la réponse aux besoins

S'il n'est pas possible de "forcer" la création de MSP et de ce fait la création de projets de santé, il existe une dynamique à respecter et à soutenir. Les professionnels de santé sont naturellement organisés sur le terrain pour faire face à leur activité quotidienne auprès de leur patientèle. Pour certains interlocuteurs des projets de santé ou des collaborations informelles peuvent exister sur le territoire en dehors des MSP mais d'autres déclarent la difficulté de mobiliser les professionnels libéraux sur un projet de territoire.

Dans le cas des exercices isolés, il est possible de soutenir les professionnels en leur proposant des réponses à leur suractivité de travail. La prise en compte de leurs problèmes liés à leur exercice quotidien constituerait déjà un premier projet de santé porté par une CPTS sur le territoire. Ce projet pourrait porter sur l'organisation de la permanence des soins, de consultations non programmées et des remplacements occasionnels ou pour les périodes de congés. L'objectif étant d'améliorer leur condition d'exercice engendrer du temps médical supplémentaire. Il est possible d'envisager que ces premières collaborations puissent amener ces professionnels à s'investir dans un projet de santé plus élargi ou de suivre des formations à l'ETP.

3.2.1.8 - Soutenir des projets hors murs pour créer une dynamique sur le territoire

L'expérience de projet hors murs n'est pas fréquente en Franche-Comté. Ce dispositif a l'avantage de s'affranchir de la gestion du bâti et du personnel administratif et d'entretien. Il paraît plus souple à mettre en place et son projet de santé, moins axé sur des patientèles regroupées, pourrait porter plus directement sur les priorités du PRS et du diagnostic territorial. Il faut toutefois être attentif que des priorités descendantes ne viennent pas s'opposer aux

priorités du terrain. Il s'agit plutôt de soutenir les priorités du terrain qui rejoignent les priorités des tutelles. De la même manière, il est possible que le périmètre d'un projet qui fait sens pour les professionnels de santé ne corresponde pas à la définition administrative du territoire. En France *"on aime bien les choses claires, figées, on n'a pas le droit de dépasser"*.

Les CPTS vont permettre à des professionnels de santé ne souhaitant pas exercer au quotidien au sein d'une équipe de collaborer sur une ou plusieurs problématiques identifiées sur le territoire. Les CPTS offrent pour les professionnels de santé du territoire de proximité la possibilité d'échanger entre eux et d'élaborer des solutions en minimisant le jeu des acteurs sur un échange simple *"moi je suis au domicile du patient pendant tant de temps, je suis confronté à tel problème et je ne sais pas comment faire"* et *"on ne force pas leur nature en leur proposant de réfléchir conjointement autour d'une table"*. Pour faire adhérer les professionnels à un projet de territoire, celui-ci doit leur apporter une plus-value dans leur pratique quotidienne, *"il faut faire confiance aux professionnels de terrain pour s'organiser et pour voir ce qui leur rendra réellement service et qu'est-ce qui rendra service à la population"*. La place de l'ARS semble déterminante dans la mise en œuvre de ces projets en étant facilitatrice et non coercitive. *"Si l'ARS arrive en disant il faut faire ci ou ça, ça ne marchera pas"*. Au démarrage des dispositifs, l'ARS doit avoir des prétentions réalistes : les projets ne réuniront pas tous les professionnels de santé du territoire et les projets *"simples"* auront plus de chance de voir le jour.

3.2.1.9 - Accompagner les projets territoriaux de santé

Comme pour les MSP, il est fort probable que la mise en œuvre d'une CPTS nécessite la présence d'un leader ou d'une équipe leader sur le territoire. Les professionnels de santé n'ont pas l'habitude de travailler ensemble et le leader va permettre de mobiliser les professionnels autour du projet. Mais la conduite de projet est chronophage et le leader peut vite s'épuiser. Pour garantir la pérennité du projet celui-ci doit pouvoir s'appuyer sur un travail en équipe. Ce type de projet va nécessiter un accompagnement au niveau méthodologique, juridique et administratif parce que *"des idées et le savoir faire, les professionnels ils les auront"* et *"autant ils s'investiront sur des éléments qui présenteront une réelle plus-value pour eux dans leur pratique quotidienne, autant il faudra les décharger des aspects administratifs"*.

Le financement des CPTS non arrêté à ce jour est perçu comme un frein pour l'organisation des projets. Ces nouvelles équipes devront être éligibles au règlement arbitral qui permet de rémunérer les actions des projets de santé parce que *"sans modèle économique, il ne se passera pas grand chose, les professionnels de santé ne prendront pas le temps de travailler ensemble"*.

Des exemples d'actions du projet d'une CPTS ont été cités pendant les entretiens :

- augmenter le nombre de maîtres de stage pour l'accueil des internes de 2ème et 3ème cycle
- favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé
- organiser la formation pluriprofessionnelle
- évaluer les pratiques professionnelles
- organiser la continuité des soins et les consultations non programmées
- organiser un séminaire thématique annuel sur le territoire de proximité

3.2.1.10 - Des outils disponibles pour soutenir les initiatives actuelles et à venir

Pour la définition de leur projet de santé, les futurs MSP peuvent s'appuyer sur les compétences techniques et méthodologiques de la FEMASAC, de l'ARS et des collectivités territoriales. Les diagnostics territoriaux partagés sont disponibles pour le territoire étudié. Les équipes de soins, les communautés et les professionnels peuvent déjà construire ou faire évoluer leurs projets sur la base de ces travaux. Les diagnostics, partagés avec les acteurs locaux et la population, reflètent bien la réalité du terrain. La participation des professionnels de santé aux diagnostics partagés et à la définition des priorités du territoire présente un point de départ pour une réflexion commune entre professionnels. D'autre part, il semble que l'organisation de réunions par le biais de MSP locales a déjà fait ses preuves pour réunir les professionnels de santé d'un territoire.

En terme d'accompagnement pour la gestion méthodologique et administrative du projet, les équipes des CPTS peuvent faire appel aux compétences de l'animatrice territoriale de l'ARS. Les services de l'ARS sont aussi une source de soutien aux projets relevant de leurs compétences. Les chargés de missions territoriaux sont également un appui important pour ce type de projet. Sur le territoire étudié, la collectivité territoriale est déjà fortement impliquée dans un contrat local de santé avec une chargée de mission dédiée à la coordination et au suivi du CLS. Dans ce cadre, des actions concernant les professionnels de santé ont été engagées sur le territoire. Des prises de contacts et des réunions avec les acteurs locaux ont créé des échanges et une reconnaissance des domaines d'intervention du Pays de Vesoul Val de Saône dans les projets relatifs au CLS.

3.2.2 - Parcours de santé : des facteurs favorisant les projets de parcours trop fragiles

Les entretiens et les diagnostics territoriaux partagés ne permettent pas de vérifier l'hypothèse d'une vision commune et consensuelle pour un parcours en particulier.

3.2.2.1 - Une absence de vision commune sur les parcours de santé

Les acteurs des territoires ont été interrogés sur leurs collaborations actuelles et les améliorations possibles. Mais si les diagnostics ne permettent pas de dégager une vision commune autour de parcours identifiés, il existe toutefois des besoins consensuels qui sont aussi évoqués dans les demandes des usagers.

3.2.2.2 - Un besoin de se connaître et se reconnaître

Le premier besoin évoqué est le manque de connaissances des services et compétences des acteurs du territoire sur le plan sanitaire, social et médico-social. Les professionnels de santé et autres acteurs du terrain identifient mal les offres de services sur le territoire. Les personnes interrogées pour les diagnostics ont évoqué des méconnaissances entre les différents domaines d'activités en particulier entre les professionnels libéraux et les structures du secteur médico-social. Des manques d'information existent aussi au sein d'une même profession comme par exemple le cas d'infirmières libérales qui ne connaissaient pas le fonctionnement d'un SSIAD. Les diagnostics partagés ont fait émerger une forte demande d'échanges d'informations de la part des professionnels des établissements médico-sociaux.

3.2.2.3 - Une coordination ville/hôpital à améliorer

La coordination entre la ville et l'hôpital fait aussi partie des problèmes fréquemment soulevés.

Les entrées aux urgences sont souvent citées soit parce que le passage aux urgences aurait pu être évité pour les personnes âgées, soit pour faciliter l'accès aux urgences des personnes en perte d'autonomie. Les sorties hospitalières restaient un point sensible. Même si des dispositifs sont repérés et utilisés, le retour à domicile pourrait être amélioré grâce à une meilleure communication et un meilleur partage d'information entre le centre hospitalier, le médecin traitant, les services d'aide à domicile et le cas échéant les structures d'hébergement.

3.2.2.4 - Des collaborations s'organisent sur le territoire

Les comptes-rendus des entretiens des diagnostics montrent que les professionnels des structures médico-sociales parviennent à s'organiser sur le territoire. Pour les soins de premier recours, les structures médico-sociales chargées du handicap collaborent avec les médecins libéraux de proximité en particulier sur la ville de Vesoul. Les structures qui accueillent des personnes handicapées sont portées par une importante association départementale qui permet de conduire des projets avec les acteurs du territoire (centre hospitaliers, SSIAD, établissement de psychiatre, plate-formes d'appui).

Les diagnostics ne fournissent pas d'information sur les coopérations entre les structures d'accueil et d'hébergement des personnes âgées locales et les autres acteurs du territoire.

Les services d'aide à domicile et les SSIAD collaborent avec les services sociaux, les établissements médico-sociaux et le centre hospitalier.

Certains interlocuteurs ont proposé des collaborations à mettre en place :

- consultations de psychiatrie dans les MSP portées par le centre hospitalier psychiatrique local
- lien entre les structures du champ du handicap et les EHPAD pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes
- sensibilisation des pharmaciens à l'accueil des personnes présentant un handicap intellectuels
- développement d'un partenariat entre structures du champ du handicap avec les maisons de santé pouvant accueillir plus facilement les personnes handicapées
- ouverture d'un guichet unique pour la sortie d'hospitalisation

3.2.2.5 - Des collaborations avec les médecins généralistes devant être améliorées

Dans les entretiens des diagnostics, des acteurs évoquent le manque de participation des médecins libéraux aux projets de leur établissement notamment pour les projets des établissements du champ du handicap et du centre hospitalier.

Des informations plus générales ressortent des entretiens semi-directifs sur les coopérations entre les acteurs de santé sur un territoire. La coopération entre les professionnels libéraux de santé et les professionnels du social et du médico-social dépend beaucoup de l'histoire de chacun et de l'antériorité des relations professionnelles. Un médecin généraliste coordinateur dans un EHPAD ou un médecin ayant travaillé en PMI apporte son expérience de travail en équipe et sa connaissance des échanges entre intervenants au sein d'un regroupement. La collaboration peut être facilitée par les relations personnelles entre le médecin et les autres professionnels comme par exemple la profession du conjoint ou des liens créés pendant les études. Mais face à la complexité du système de santé et la multitude des systèmes de

coordination qui se mettent en place, il est possible de constater des réactions d'auto-repli de la part des professionnels de santé libéraux. Et s'il est constaté que les politiques incitent au décloisonnement entre les acteurs, dans la réalité ça ne va pas de soi. Néanmoins, des collaborations informelles existent et passent souvent par des échanges téléphoniques ou par messagerie informatique non sécurisée.

3.2.2.6 - Une mobilisation des professionnels de santé libéraux non perçue

Les comptes-rendus des diagnostics n'ont pas fourni d'éléments pour vérifier l'hypothèse de mobilisation des professionnels de santé autour des parcours de santé. Les projets de santé des 2 MSP présents sur le territoire ne donnent pas d'information quant à la mobilisation des professionnels de santé autour de parcours de santé particuliers.

3.2.2.7 - Des collaborations précaires malgré les intentions

Les choses avancent doucement car il est difficile de réunir et de faire dialoguer des personnes de structures et de cultures professionnelles différentes. Quand les acteurs sont réunis autour d'une problématique de terrain il y a un manque de concertation entre eux, *"les réponses sont apportées sans avoir cerné les besoins"*. Quand les collaborations sont effectives, leur pérennité et efficacité dépendent fortement des personnes en place dans les structures et les institutions. Un changement de personnel (responsables de structures, de services, internes en médecine) peut remettre en cause une collaboration ou un dispositif institué.

Dans un compte-rendu un interlocuteur a conclu que *"La particularité en Haute-Saône est que tout le monde souhaite travailler ensemble mais quand il s'agit de concrétiser, c'est compliqué, le maillage n'est pas encore opérationnel mais la volonté y est"*

Une volonté plus qu'une dynamique de coopération et de coordination des acteurs du territoire existe mais n'est pas identifiée pour tous les acteurs du territoire.

Il est à préciser que, si les collaborations existent, celles-ci sont souvent présentées comme perfectibles.

3.2.2.8 - Un besoin de désigner des priorités

Dans les entretiens semi-directifs, l'importance d'identifier les ruptures de parcours à partir des professionnels du premier recours est soulignée. Ces ruptures doivent être identifiées suffisamment tôt afin de trouver les réponses pour les éviter. Des outils reposant sur les systèmes d'informations ont été proposés pour organiser les parcours. Des outils comme le DMP et la messagerie sécurisée ont été expérimentés sans obtenir la satisfaction des utilisateurs. Ces outils sont pas ou peu utilisés et n'améliorent pas la gestion des parcours alors qu'ils ont nécessité des investissements en temps et financiers. *"Finalement il y a des choses simples à faire, tout le monde le sait, n'empêche qu'on n'a toujours pas trouvé la solution"*, cet interlocuteur donne comme exemple la lettre de sortie d'hospitalisation. Il semble qu'il n'y ait pas de procédure de coordination entre la ville et l'hôpital concernant les sorties d'hospitalisation non programmée. Celle-ci pourrait être mise en œuvre plus facilement sur les territoires de proximité parce que les professionnels libéraux sont en lien avec l'hôpital local.

3.2.2.9 - Des outils pour structurer les parcours de santé sont disponibles

L'ARS est en mesure de fournir différents types d'outils pour favoriser la structuration des parcours de santé sur un territoire. Des annuaires qui recensent l'offre en santé peuvent être mis à disposition des professionnels pour les informer de l'offre de services sur leur territoire.

L'ARS peut aider à identifier les ruptures dans les parcours par l'analyse des données hospitalières agrégées si besoin aux données de l'Assurance maladie pour analyser les flux et parcours des personnes sur le territoire. Des référentiels formalisant le repérage des ruptures de parcours occasionnant des hospitalisations évitables peuvent être mis à disposition des professionnels. L'objectif étant d'amener les acteurs à s'organiser pour éviter ces ruptures et fluidifier le parcours du patient. Pour favoriser la fluidité des parcours, des expérimentations ont été mises en place à l'initiative de l'ARS. Ces expérimentations portent sur le transport des patients, l'accueil hospitalier et l'accès aux soins des personnes handicapées. D'autres expérimentations portent sur l'accès des médecins traitants aux services de spécialité des hôpitaux grâce à la mise à disposition de numéros directs sans passer par les standards hospitaliers.

Les outils informatiques sont un élément fort pour le suivi du parcours du patient. Le Dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée régionale, outil de partage d'information sécurisé entre professionnels sont déployés. Si ces outils sont fréquemment cités comme conditions préalables à la coordination entre acteurs dans les comptes-rendus des diagnostics, ils sont toutefois très peu utilisés. Ces 2 outils sont souvent critiqués par les professionnels de santé qui les trouvent inadaptés à leur pratique professionnelle. La Franche-Comté n'a pas été éligible aux expérimentations Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et Territoire de soins numériques (TSN). La reprise du DMP par l'Assurance maladie, les nouvelles législations et le retour d'expérience des expérimentations PAERPA et TSN apporteront de nouvelles perspectives en terme d'échanges pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles d'information.

3.2.3 - Une plateforme d'appui innovante et des structures de coordination inégalement identifiées

3.2.3.1 - Des plateformes d'appui inégalement repérées par les acteurs

Dans les comptes-rendus d'entretiens des diagnostics territoriaux, les plateformes d'appui SSIAD, ARESPA, MAIA et CLIC sont citées par les services d'aide à la personne interrogés et par une structure d'accueil de personne handicapées. Les Centres médico-sociaux (CMS) et les Centres médico-psychologiques (CMP) sont cités une fois.

Les dispositifs de Maisons départementales de personnes handicapées (MDPH) et Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) qui relèvent du champ du handicap ne sont pas cités.

3.2.3.2 - ARESPA : une plateforme d'appui reconnue par tous les acteurs

Dans les entretiens semi-directifs, la principale plateforme d'appui identifiée est l'ARESPA. Cette plateforme d'appui généraliste avant-gardiste couvre l'ensemble de la Franche-Comté. Elle est perçue comme correctement identifiée à la fois par les professionnels de santé libéraux, les paramédicaux, les établissements sanitaires et médico-sociaux et les usagers. Cette plateforme est bien identifiée chez les médecins généralistes en particulier dans les MSP. Historiquement le réseau ARESPA a soutenu la création de la Fédération des maisons de santé comtoise à ses débuts. Il existe une proximité entre ces 2 structures et dans quelques cas, la coordinatrice territoriale de l'ARESPA organise ses permanences au sein d'une MSP. L'avantage de l'ARESPA est de prendre en charge tout type de cas complexe sans que le professionnel de santé ait à se poser la question de savoir s'il déclenche le dispositif adapté à la situation du patient.

Résultats

Les entretiens semi-directifs indiquent que l'ARESPA correspond au mode de fonctionnement des professionnels de santé, "*c'est quelque chose de léger, on prend le téléphone et ça marche*". Dans le cadre de leur exercice les médecins peuvent se dire "*Mme Untel je la mets où avec son Alzheimer ? J'appelle qui ?*".

L'ARESPA est un dispositif simple déclenché par un appel téléphonique. De la même manière les retours d'informations sont réalisés régulièrement par la coordinatrice et le médecin traitant reste au centre de la prise en charge.

3.2.3.3 - MAIA et CLIC : des dispositifs méconnus par les professionnels de santé

Outre l'ARESPA, les dispositifs les mieux identifiés dans les entretiens semi-directifs sont ceux en rapport avec la prise en charge des personnes âgées tels que les CLIC et les MAIA. En général les CLIC et les MAIA sont moins bien identifiés par les professionnels de santé libéraux. Le manque de visibilité auprès des médecins libéraux pour ces dispositifs est évoqué et pourrait entraîner leur sous utilisation par les médecins. Il est à noter que la différence majeure entre ces plate-formes se trouve dans la facilité de recours à l'ARESPA alors que les autres plate-formes relèvent de critères spécifiques pour la prise en charge des patients (âge, pathologies, niveau de dépendance), "*dans le monde libéral il faut simplifier les choses*". Ces dispositifs d'appui sont une aide réelle pour les médecins libéraux mais ils doivent connaître les points d'entrée. Les MAIA travaillent avec les acteurs du territoire et doivent renforcer leur visibilité auprès des professionnels de santé libéraux. Quant aux CLIC, on sait que ceux-ci sont d'avantage reconnus s'ils s'impliquent dans les projets territoriaux.

Le fonctionnement des retours d'information entre la MAIA et le médecin traitant n'est pas clairement identifié.

3.2.3.4 - Un fonctionnement des plateformes d'appui à organiser

Sur un territoire, la multiplication des plate-formes d'appui ajoute à la complexité du système et de frontières dans la prise en charge des patients. Mais les plate-formes d'appui se connaissent et se coordonnent. Les SSIAD peuvent faire appel à l'ARESPA pour démêler les situations complexes. L'idée d'un guichet unique est évoqué. Une réorganisation des plate-formes d'appui actuelles pourrait proposer une coordination d'appui intégrée (plate-forme de premier recours) qui ferait appel aux autres structures d'appui du territoire (plate-formes de deuxième recours) suivant la situation du patient. Cette organisation gagnerait en lisibilité mais nécessite toutefois de prendre en compte les problématiques de concurrence entre les opérateurs. Il est à préciser que les CLIC dépendent des conseils généraux et non de l'ARS.

3.2.4 - L'amélioration de l'accès aux soins et de la prévention sur le territoire

L'analyse des entretiens semi-directifs propose plusieurs pistes pour favoriser l'accès aux soins.

3.2.4.1 - Renforcer la démographie médicale

L'intérêt de ces nouveaux dispositifs est de renforcer la démographie des professionnels de santé du premier recours (médecins, masseurs-kinésithérapeute), "*sur une logique de territoire on peut imaginer comment on va renforcer l'offre, on peut imaginer des actions simples pour permettre de gagner du temps médical*". Le CLS porte déjà quelques actions du Pacte Territoire et Santé sur le Pays et a permis le recrutement de professionnels paramédicaux. Les CPTS

peuvent soutenir ces actions en facilitant la formation des maîtres de stages, en incitant les étudiants à réaliser leur stage sur le territoire et en proposant des solutions proactives aux futurs départs en retraite.

3.2.4.2 - Développer la permanence des soins

Pour faciliter l'accès aux soins primaires, une CPTS est en mesure de proposer des changements dans l'exercice de la médecine de premier recours sur un territoire. La mise en place de permanences dans des cabinets médicaux secondaires pour les communes déficitaires est une première piste notamment pour les personnes ayant des problèmes de transport, "*L'objectif est d'amener les professionnels de santé à réfléchir en terme de territoire et non plus en terme de file-active*". L'organisation des soins primaires pour la permanence et la continuité des soins associés aux programmations de consultations non programmées est un élément important pour faciliter l'accès aux soins primaires. Au regard de la situation sur le territoire, une CPTS peut organiser, en partenariat avec une collectivité, la mise en place d'une salle de petites urgences pour les territoires éloignés des services d'urgence.

3.2.4.3 - Faciliter l'accès aux plateaux techniques

Sur les territoires éloignés, des accords entre les professionnels du premier et du second recours peuvent être conclus pour faciliter l'accès des patients aux plateaux techniques et aux consultations de spécialistes sur des créneaux horaires réservés et prioritaires.

3.2.4.4 - Organiser des consultations avancées

L'organisation de consultations avancées améliore l'offre en terme de soins et de prévention dans les zones déficitaires. A ce jour, ces consultations sont organisées au sein de MSP. Il n'est donc pas possible de programmer des consultations avancées sur des territoires sans MSP qui peuvent de ce fait être les plus prioritaires. Les centres hospitaliers sont souvent volontaires pour mettre à disposition des praticiens hospitaliers mais ces projets sont souvent bloqués par la législation, "*il faudrait assouplir les critères d'éligibilité, lever les contraintes réglementaires*".

3.2.4.5 - Déployer la télémédecine

La télémédecine est un bon moyen d'apporter une expertise sur les territoires avec un manque de médecins spécialistes et éloignés d'un centre hospitalier. Des programmes de télémédecine sont mis en place en dermatologie pour le suivi des plaies des personnes âgées en EHPAD. Il existe également des projets sur le domaine de l'insuffisance rénale, des consultations psychiatriques, de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Ce système permet de s'affranchir de la distance aux médecins spécialistes mais est potentiellement limité au temps de travail des médecins salariés et au manque de rémunération des établissements sur ce type d'activité.

3.2.4.6 - Améliorer l'accès à la prévention

Il est possible d'envisager d'améliorer l'accès aux dépistages par l'organisation de dispositifs mobiles. Le dépistage itinérant "*c'est un coût, de l'investissement mais ce n'est pas très compliqué si on met de l'argent*". Le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique est déjà opérationnel en Franche-Comté.

Au niveau de la prévention, la FEMASAC a déjà accompagné ses membres sur plusieurs projets. L'accompagnement peut se faire soit sur un thème spécifique à une MSP soit sur la promotion

des campagnes nationales de dépistage ou de vaccination. Ces actions sont portées par les partenaires régionaux tels que l'ARS, la Mutualité sociale agricole (MSA) ou l'Association pour le dépistage des cancers en Franche-Comté (ADECA) puis déployées auprès des MSP. Parmi ces actions, un programme d'invitation des patients à renouveler leurs vaccinations et leurs actes de dépistages des cancers a été réalisé. Le ciblage des patients non à jour a été effectué à partir des dossiers informatisés des MSP.

L'éducation thérapeutique qui doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients est particulièrement déficitaire dans le nord du territoire. Actuellement, seule l'ETP qui s'exerce en MSP est rémunérée en ambulatoire. La coordination entre les professionnels de santé et l'éducation du patient prennent du temps. Il ne semble pas y avoir de solution connue pour améliorer l'accès à l'ETP dans les zones sans MSP installées.

3.2.4.7 - Former les professionnels de santé

Sur le modèle des MSP, les CPTS peuvent organiser la formation professionnelle. La formation professionnelle est perçue comme un bon vecteur pour sensibiliser les médecins à la prévention. La formation présente un intérêt dans un contexte de pénurie médicale. Une formation inter-professionnelle peut être l'occasion de compléter les connaissances des médecins sur le champ de compétences des infirmières et ainsi s'appuyer au mieux sur leur qualification.

La formation des professionnels de santé et les délégations de tâches entre professionnels sont un moyen efficace d'augmenter la qualité des soins. Dans ce cadre les CPTS peuvent faire la promotion du protocole de coopération ASALEE.

3.2.4.8 - L'apport des CPTS

De nombreuses pistes sont proposées pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention. Les CPTS sont un support envisageable pour communiquer, inciter, expliquer, accompagner, anticiper et former les professionnels de santé d'un territoire en se basant sur les actions de la FEMASAC et de la MSA auprès de leurs membres et partenaires.

3.3 - Analyse stratégique

La matrice SWOT a permis de dégager les freins et les leviers pour réunir les professionnels du sanitaire et du médico-social autour d'une projet de santé commun sur le territoire formalisé par un contrat territorial de santé (tab. 5).

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Des acteurs du médico-social et les partenaires motivés pour la coopération et la collaboration • Des partenariats déjà établis grâce aux actions du CLS et ayant créé une dynamique de projet sur le territoire • Des élus locaux sensibilisés au problème de démographie des professionnels de santé • Une chargée de mission du Pays bien identifiée par les professionnels de santé et qui assure une communication active auprès d'eux • Des demandes identifiées chez les usagers 	<ul style="list-style-type: none"> • Des professionnels de santé non disponibles pour intégrer de nouveaux projets • Des besoins non suffisamment identifiés chez les professionnels de santé • Des priorités non suffisamment identifiés pour les parcours de santé • Des acteurs qui ne se connaissent pas • Une méconnaissance de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale de proximité

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Une démographie de professionnels de santé tendue • Un projet de maison de santé sur le territoire de Port sur Saône • Des expérimentations en cours qui servent de modèle • Des actions du CLS qui pourraient être portées par le CTS • Des propositions d'actions apportant une plus-value pour les PS soumis à de fortes contraintes • Des réponses à apporter aux demandes des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> • Refus de participation des professionnels de santé • Manque d'intérêt des professionnels de santé • Un modèle économique peu attractif • Pas de leader sur le territoire

Tab. 5 – Analyse stratégique

3.4 - Mise en discussion et pistes d'actions

L'objectif de l'atelier de travail était de faire ressortir des axes prioritaires d'action pour inciter les professionnels de santé du territoire à s'investir dans un projet territorial de santé. L'analyse stratégique montre qu'un travail en amont est nécessaire pour familiariser les professionnels de santé à collaborer entre eux autour d'objectifs communs et de projets sur le territoire. Les échanges ont permis de dégager 2 axes d'actions.

Axe 1 : favoriser les échanges entre les professionnels de santé du territoire

Les diagnostics font ressortir un véritable manque d'information sur l'offre en santé locale et sur les connaissances des compétences et services de chacun sur le territoire. Des actions favorisant les échanges entre les acteurs de proximité sont un préalable à la mise en place de futures collaborations. Ces actions seront pertinentes si elles restent centrées au plus près du terrain. Elles doivent permettre une expression simple et libre entre les personnes. Des espaces d'échanges souples autour d'un thème fédérateur doivent amener les participants à dégager des problématiques prioritaires sur la zone de proximité.

Axe 2 : Fédérer les professionnels de santé autour d'un projet

Les professionnels de santé sont déjà organisés sur le territoire pour la prise en charge des patients au quotidien. La mise en place d'un projet simple à mettre en œuvre apportant rapidement une plus-value à la fois pour l'exercice des professionnels et la prise en charge des patients est présentée comme un élément moteur pour fédérer les professionnels de santé du territoire. En cas d'absence d'un leader au début du projet, un accompagnement externe neutre par un chargé de mission ou un animateur territorial doit être prévu.

4 - Discussion

4.1 - Synthèse des résultats

Lors de la mise en restitution, des axes d'action ont été dégagés pour lever les freins à la mise en place des dispositifs de l'article 12 du projet de loi. Pour compléter les résultats, nous allons les confronter aux données de la littérature pour ouvrir des pistes nouvelles et examiner la cohérence des axes d'actions proposés.

4.1.1 - Les CPTS : une transition par étapes

En se référant au fonctionnement des pôles de santé, les CPTS devront organiser un projet de santé au niveau du territoire. Pour obtenir une logique de santé publique, l'ensemble de la population d'un territoire devra être desservie par la CPTS, ce qui implique la participation de la majorité des professionnels de santé libéraux du territoire [15]. Les pôles de santé sont présentés comme des organisations pragmatiques qui savent s'appuyer sur l'existant. Ces pôles semblent particulièrement bien adaptés au secteur rural par leur capacité à faire évoluer les cultures professionnelles et les métiers vers un exercice pluriprofessionnel. Mais par rapport à une MSP le pilotage de projets sur des sites distants est plus contraignant. L'enjeu majeur pour la mise en œuvre d'une CPTS sera de trouver un leader ou une équipe pour le démarrage du projet. Les MSP semblent avoir un rôle catalyseur pour l'animation territoriale d'un pôle de santé. Par leur compréhension des enjeux liés à l'exercice pluriprofessionnel et leur expérience en gestion de projet, les médecins généralistes des MSP représentent des animateurs potentiels d'une CPTS. La difficulté qui peut être déjà perçue sera de pouvoir organiser simultanément le projet de l'équipe et le projet du territoire.

Comme pour les projets de santé des MSP, les projets territoriaux devront respecter un temps de maturation et l'intégration progressive des professionnels de santé du territoire et des projets de santé. Ce temps d'élaboration par étape doit permettre de construire un projet collectif suffisamment robuste aux contraintes et exigences de ce type de projet [13]. L'objectif étant d'initier un changement simple, perçu positivement par les acteurs et qui entraîne la mise en mouvement d'un processus d'évolution dans les pratiques [29].

L'inadaptation des systèmes d'information peut rapidement être évoquée comme étant un frein aux projets territoriaux mais des actions peuvent être néanmoins déjà mises en place en attendant le déploiement de systèmes adaptés.

La Franche-Comté a été novatrice dans le processus de création de MSP, il convient maintenant d'engager les professionnels de santé du premier recours dans une dynamique de coopération territoriale et de les fédérer autour d'un projet territorial.

4.1.2 - Développer la collaboration entre les acteurs du territoire

Les résultats ont montré que les structures sanitaires et médico-sociales sont volontaires à la collaboration. En règle générale, les établissements sanitaires et médico-sociaux possèdent des compétences en gestion de projet et ont déjà l'expérience de collaborations dans le cadre de leur activité. Néanmoins il existe un important besoin de connaissance réciproque entre les différents types de professionnels concernant leur compétences, expertise, savoir-faire et pratiques respectives. Des espaces réguliers d'échanges entre les professionnels de santé de proximité vont augmenter leur proximité cognitive. Cette proximité cognitive va développer à la

fois la confiance entre professionnels et la reconnaissance du rôle de chacun, éléments nécessaires à la collaboration pluridisciplinaires pour l'organisation des projets de santé [28,30]. D'autre part, les résultats ont montré que les facteurs favorables à la mise en œuvre de parcours préconisés par l'ANAP ne sont pas vérifiés. Dans ce contexte, le rapprochement des acteurs du territoire est nécessaire pour anticiper les projets de coopérations et de coordinations afin d'organiser les parcours et développer une vision médico-sociale et sociale de la prise en charge du patient au niveau du premier recours.

Par rapport aux plateformes d'appui à la coordination, l'ARESPA est bien identifiée par les professionnels de santé. D'autres coordinations d'appui sont moins connues. Les espaces d'échanges à destination des professionnels de santé du territoire sont un bon moyen pour développer l'utilisation des services des plateformes d'appui du territoire. Selon le rapport de l'IGAS, les plateformes doivent ajuster leur fonctionnement à la spécificité du territoire pour être au plus près de la pratique des médecins de premier recours [22]. Les espaces d'échanges pourront permettre de parfaire le fonctionnement des coordinations d'appui pour améliorer leurs performances.

4.1.3 - Contribuer à la réduction des ISTS

Pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, la littérature montre l'importance d'engager la participation des professionnels de santé de premier recours dans les actions conduites auprès de la population. Les professionnels de premier recours sont des acteurs importants pour participer à l'observation locale des problématiques de santé et pour déployer dans leur pratique quotidienne les actions de prévention et de promotion de la santé des ASV ou des CLS [31]. Cependant, l'analyse des entretiens a révélé le manque de participation des professionnels libéraux aux projets territoriaux et il peut être ambitieux d'envisager leur participation exhaustive au CLS. Dans le cadre des nouveaux dispositifs, les CPTS représentent un bon moyen pour faire le lien entre les professionnels de santé, regroupés ou non, et les besoins de la population. Un échange de participation et d'information entre les CPTS et un CLS contribuerait à faire évoluer une offre de premier recours organisée autour des soins vers un projet territorial de santé [27].

L'engagement de participation des CPTS dans les projets de santé des CLS et ASV leur permettrait de concourir à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en agissant sur leurs déterminants [19,32] et d'engager des actions de premier recours auprès de publics ciblés [21]. Pour répondre aux besoins concernant le territoire étudié et améliorer le service rendu à la population, les CPTS pourraient porter des actions de prévention (campagnes régionales de dépistage des cancers) ou de délégation de tâches (partage des rôles entre ophtalmologistes, orthoptistes) pour faire face aux problèmes d'accès à cette spécialité. Le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique pourrait également être déployé sur le territoire [33]. D'autres actions prioritaires pourraient être envisagées pour répondre au manque d'ETP en ambulatoire sur le nord du territoire.

La participation de CPTS au CLS permettrait aux professionnels de santé de connaître les problématiques relatives à l'aménagement du territoire. Outre le développement de l'accueil des stagiaires déjà porté par le CLS actuel, les CPTS seraient en mesure d'organiser la gestion des remplacements des professionnels libéraux. Les remplacements au cours de l'internat sont désignés comme favorables au projet d'installation en ambulatoire des jeunes médecins [26]. De plus, des médecins généralistes du territoire ont exprimé leur besoin de trouver des remplaçants, soit pour les périodes de congés, soit pour pouvoir suivre des formations. Le CLS

actuel relaie déjà les actions d'incitation mais la communication par les pairs s'avère plus efficace que les actions portées par les représentants des collectivités territoriales.

Un important problème de mobilité inhérent au transport a été identifié sur le territoire. La problématique des transports peut être un frein à l'accès aux plateaux techniques ou à des dispositifs de prévention. La prise de conscience de ce problème au sein des CPTS devrait pouvoir leur permettre d'avoir un rôle de plaidoyer auprès des élus [27] et d'organiser les parcours de santé en tenant compte de ce problème.

4.2 - Recommandations pour les résultats

Un des enjeux majeurs dans la mise en place des CPTS est de conduire les professionnels de santé libéraux en exercice isolé à passer d'une logique personnelle et/ou professionnelle à une logique collective. Puis d'amener l'ensemble des professionnels de santé à organiser un projet collectif et territorial [27]. Un autre enjeu est de dépasser "*l'ère du militantisme*" pour pouvoir obtenir un déploiement sur l'ensemble des territoires [15].

Les 2 axes d'action définis lors du groupe de travail de l'ARS doivent permettre d'amener progressivement les professionnels de santé libéraux du territoire du Pays de Vesoul Val de Saône à participer à des groupes d'échange puis à définir un projet simple privilégiant la collaboration avec les acteurs du territoire. Ces axes d'action sont cohérents avec les travaux de la littérature concernant la mise en œuvre des maisons et pôles de santé et des coordination et coopération entre les différents secteurs du sanitaire, sociale et médico-social. Pour amener les professionnels de santé du territoire à concourir à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, un troisième axe d'action est exposé. Puis des recommandations sont formulées pour assurer la réussite du changement à opérer et pour prendre en compte les préconisations de l'OMS concernant les soins primaires.

4.2.1 - Axe 3 : inscrire le projet territorial de santé dans le CLS

Dans le cadre du territoire du Pays de Vesoul Val de Saône, il est possible d'envisager une action conjointe entre l'ARS, la MSA, la FEMASAC et les URPS pour organiser une rencontre locale sur le thème des organisations "hors murs", leur mode de rémunération et leur intérêt pour les exercices isolés. Sur le secteur de Jussey, un médecin se disait intéressé par une MSP mais ne souhaitait pas investir dans un projet immobilier. Il y a peut être une réflexion à engager avec lui sur la faisabilité de ce projet. Le nouveau projet de MSP sur le territoire de Port-sur-Saône pourrait également s'ouvrir vers un projet hors murs. Le projet de santé défini sur la base des besoins de la population du territoire serait contractualisé au sein du CLS. La définition d'indicateurs permettrait de suivre son évolution et son évaluation.

L'objectif de cette proposition est d'amener les professionnels de santé à envisager un exercice coordonné dans un nouveau mode de regroupement tout en partageant une vision commune sur les enjeux de santé de la population du territoire. Bien que le projet de loi instaure un CTS en supplément du CLS, il serait judicieux pour les nouveaux projets de profiter de l'expérience acquise, du savoir faire disponible et du soutien logistique, financier et politique du Pays. Le CLS du Pays de Vesoul Val a développé une dynamique d'échange entre tous les acteurs du territoire qui peut favoriser la construction du projet territorial de santé. D'autre part, le CLS est porté par une forte volonté des élus à développer des actions propices à la santé des populations en tenant compte des multiples déterminants de la santé (transport, environnement, prévention, urbanisme). L'intégration des projets de santé des professionnels du premier recours au CLS

permettait de répondre aux préconisations de l'OMS qui considère la santé de proximité au delà de la prise en charge des maladies et devant s'inscrire dans une vision globale de la santé en tenant compte de ses déterminants [19,34].

4.2.2 - Compléter les diagnostics partagés

Pour engager une vision commune entre les acteurs, les diagnostics doivent être complétés pour être représentatifs de la réalité du territoire.

Les enquêtes de perception sont incomplètes pour une bonne partie des professionnels de santé libéraux dans les diagnostics. Les professionnels de santé libéraux peuvent être interrogés avec le guide d'entretien déjà utilisé en prenant soins de couvrir les zones spécifiques du territoire (ZUS, zones rurales excentrées, zones fragiles, MSP). Les données concernant l'offre en santé peuvent être complétées par des informations sur les projets de santé en cours et à venir des MSP.

L'ensemble des informations doivent permettre de vérifier la mobilisation des acteurs sur un programme de parcours de santé prioritaire et le périmètre du territoire à couvrir. Sous ces conditions, il sera possible d'élaborer un premier parcours de santé intégré au projet territorial de santé.

4.2.3 - Assurer la conduite du changement

Un important changement doit s'opérer pour amener les professionnels du premier recours à s'organiser avec les acteurs du territoire pour mettre en place un projet de santé au niveau du territoire. Pour conduire ce changement, il est possible d'agir sur plusieurs leviers afin de garantir le fonctionnement des groupes d'échanges ou d'autres projets [36].

4.2.3.1 - Instaurer la confiance

Dans un premier temps, l'ARS doit clarifier sa position pour lever toute ambiguïté sur ses objectifs. Les résultats ont montré une méfiance des médecins généralistes libéraux vis-à-vis de l'ARS. Il ne peut pas y avoir de changement sans la levée des a priori et des représentations entre les professionnels libéraux et l'ARS. Pour instaurer un climat de confiance, l'ARS doit favoriser la recherche d'initiatives ascendantes sans imposer les réponses.

4.2.3.2 - Obtenir l'adhésion des professionnels de santé libéraux

Pour obtenir l'adhésion des professionnels de santé libéraux, il est important de les associer dès le début au projet afin que les actions finales correspondent à leurs attentes. Dans un premier temps il sera nécessaire de trouver l'angle d'approche pour inciter les professionnels de santé à se réunir dans un groupe d'échange. Le thème d'échange du premier groupe peut être déterminé par sondage. L'organisation des groupes d'échange doit être définie par les professionnels de santé libéraux et doit prendre en compte leur manque de disponibilité.

4.2.3.3 - Communiquer sur l'avancée des actions

Dès le départ, un dispositif de communication peut être mis en place pour aider les acteurs du territoire à comprendre les enjeux et accepter les changements à venir. Les professionnels de santé doivent être informés régulièrement de l'avancement du travail des groupes d'échange. La communication est aussi utile pour inciter les réfractaires à rejoindre le projet en cours de route. Cette communication concerne aussi les diagnostics partagés du territoire et les résultats des actions du CLS. La communication des diagnostics et du CLS faite auprès de l'ensemble des

acteurs du territoire et des usagers expose les enjeux du territoire et les moyens engagés pour y répondre.

4.2.3.4 - Accompagner sans rupture

Le service de l'animation territoriale peut apporter une ingénierie de gestion de projet, un soutien technique et logistique à la mise en œuvre et au suivi des actions. Un lien continu doit s'exercer entre l'animateur territorial et les services de l'ARS pour pouvoir soutenir les collaborations transversales au sein des actions. Le manque de continuité d'un projet est un facteur de démotivation et les professionnels de santé doivent obtenir l'accompagnement nécessaire pour organiser leurs projets. L'ARS doit prendre en compte ce facteur et transférer cet accompagnement à un opérateur si elle ne souhaite pas intervenir à ce niveau.

4.2.4 - Renforcer la participation des usagers

Actuellement l'instance de démocratie sanitaire de l'ARS offre la possibilité aux patients de participer à l'amélioration du système de santé. Mais ce système de représentation non ascendant et à l'initiative des pouvoirs publics est principalement centré sur la défense des droits des usagers. Dans l'objectif d'élargir la participation des patients vers une participation citoyenne, un guide a été réalisé conjointement par la FEMASAC et la FFMPs [35]. En s'appuyant sur ces travaux, les futurs CPTS pourraient inclure une méthodologie de santé communautaire. Par cette action, les CPTS apporteraient une réponse aux recommandations de l'OMS sur la participation des usagers au fonctionnement des soins de santé primaires en engageant un processus de démocratie participative à l'échelle des territoires de proximité.

Pour répondre au besoin d'information concernant l'organisation et l'offre des services de santé sur le territoire, une première action peut être engagée avec la participation des usagers. Ce projet peut réunir l'ensemble des acteurs du territoire et s'appuyer sur le savoir-faire et les connaissances du terrain des plateformes d'appui locales.

4.3 - Limites

4.3.1 - Limites liées aux données des diagnostics

Les entretiens effectués pendant les diagnostics ont été réalisés sur un sous groupe de médecins généralistes qui ne représentent pas l'ensemble des médecins des 3 territoires de proximité. Les entretiens ont porté plus particulièrement sur les professionnels de premier recours du nord du territoire de Port-sur-Saône, l'objectif du diagnostic étant d'approfondir le contexte de cette zone en tension au niveau de la démographie médicale et paramédicale.

Concernant la ville de Vesoul, bien que l'offre de soins soit considérée comme suffisante, il manque des données relatives aux actions de l'ASV complétées par des entretiens auprès des professionnels de santé de la zone concernée. Les ASV ont pour mission la réduction des inégalités sociales de santé par une approche globale et collective au niveau local. Les données manquantes auraient permis d'étendre l'analyse des dispositifs à étudier sur cette zone urbaine sensible.

Le manque d'informations concernant les collaborations entre les professionnels libéraux et les autres acteurs de proximité a permis de répondre partiellement aux hypothèses relatives aux parcours de santé. La position des professionnels de santé libéraux a été analysée à travers le prisme des réponses apportées par les autres acteurs.

4.3.2 - Limites liées aux entretiens

En réalisant des entretiens auprès des membres de la CRSA nous avons pu élargir le recueil des données auprès d'acteurs extérieurs à l'institution. Les entretiens conduits auprès des représentants de la FEMASAC et du CISS ne peuvent pas être considérés comme un avis de la CRSA mais plutôt comme le discours de personnes par rapport à leur structure.

4.3.3 - Limites liées à la méthode

La méthode mise en œuvre pour l'étude a permis de réaliser une étude de faisabilité sur une période relativement courte entre le changement du texte de loi (début mars) et la fin du stage (mi-juin). L'analyse des dispositifs a facilité la compréhension des éléments du texte de loi et a donné lieu à un ensemble de constats quant à leur déploiement sur un territoire.

Cependant les entretiens réalisés presque essentiellement en interne n'ont pas permis de recueillir des données auprès des professionnels de santé du territoire étudié. Pour respecter les délais de l'étude, ces entretiens auraient pu être réalisés sous forme de focus groupe. Les données des focus groupe auraient permis de compléter les données perceptuelles des diagnostics partagés pour cette catégorie d'acteurs.

Cette méthode a permis de répondre partiellement aux objectifs. Les entretiens réalisés en interne montrent des limites pour obtenir des informations précises sur le territoire étudié car les professionnels de l'ARS ont le plus souvent une vision d'ensemble des thèmes abordés. A cette vision d'ensemble s'ajoute un discours institutionnel qui produit une perception de la réalité propre à l'institution. La mise en discussion en interne lors de l'atelier n'a pas été propice à la mise en œuvre d'initiatives ascendantes sur le territoire comme l'a recommandé Madame le Ministre de la Santé lors de son intervention du 20 février 2015 [37]. Malgré tout, les axes d'actions retenus sont suffisamment généraux pour laisser s'organiser les professionnels de santé selon leur volonté. Pour avoir une vision extérieure à l'ARS, un atelier de recherche des facteurs du changement aurait pu être mené avec les professionnels de santé du territoire.

Pour finir, il a été ambitieux de couvrir l'ensemble des éléments du texte de loi. Nous aurions pu nous limiter au thème concernant les parcours de santé et à l'étude des conditions préalables à leur mise en place sur ce territoire et ainsi s'affranchir du contexte incertain du projet de loi.

4.4 - Perspectives

4.4.1 - L'apport de la fusion des ARS de Bourgogne et de Franche-Comté

Les pôles de santé fédérant l'ensemble des professionnels de santé libéraux d'un territoire autour d'un exercice coordonné ne sont pas développés en Franche-Comté. Cependant, le déploiement de pôles de santé pluridisciplinaires est bien préconisé dans le PRS. Il est possible que la perspective du futur STSP devant apporter une réponse à l'organisation territoriale de l'offre en santé ait pris une place plus importante dans les priorités de l'ARS. Avec le changement du texte de loi, l'organisation des professionnels de santé libéraux en pôle de santé élargi aux professionnels du social et du médico-social reprend toute son importance.

L'ARS de Franche-Comté bénéficie de partenariats, d'expérimentations et d'outils nécessaires pour accompagner le développement de futurs CPTS. Cependant le changement qui doit s'opérer est important et doit être mesuré. Pour cela, les projets de pôles de santé doivent

obtenir un soutien politique et financier important et déclaré de la part des instances régionales.

Dans le cadre de la fusion entre les deux ARS, une complémentarité des fonctionnements de l'animation territoriale va permettre de partager les compétences et les expériences. Concernant la méthodologie de mise en œuvre d'une CPTS, l'ARS de Bourgogne a élaboré un référentiel d'exercice coordonné promouvant de nouvelles pratiques professionnelles pour la prise en charge des personnes âgées dans une logique de parcours. Ce référentiel est actuellement utilisé dans le cadre de la création d'un pôle de santé tel que défini par le CPTS. Le référentiel et le retour d'expérience de création d'un pôle de santé peuvent être déclinés pour un futur projet sur le Pays de Vesoul Val de Saône ou sur un autre territoire.

4.4.2 - Des moyens pour accompagner le changement

Par la modification de l'article 12 du projet de loi, l'Etat montre l'importance qui sera accordée aux soins primaires dans le système de santé en renforçant le rôle du médecin traitant et les modes d'exercice regroupé. Cette réforme de l'organisation des soins suppose un changement d'organisation et de pratiques pour lequel les professionnels de santé libéraux ne sont pas initialement formés. Des missions de prévention et d'éducation pour la santé vont se développer, des collaborations avec les acteurs du territoire vont se créer. Des pratiques coordonnées entre l'hôpital et la ville et entre professionnels du social et du médico-social vont s'organiser. Selon les préconisations de la charte d'Ottawa *"la réorientation des systèmes de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité"* [38]. Pour engager cette autre révolution de l'ambulatoire, l'Etat ne doit pas non plus sous estimer l'ampleur du changement et donner les moyens nécessaires aux professionnels de santé et aux ARS pour accomplir cette transformation.

4.5 - Conclusion

La modification de l'article 12 du projet de loi est venue remplacer le STSP, dispositif devant garantir sur les territoires de proximité une offre de services en santé instaurée à l'initiative des ARS. Avec le changement du texte de loi, ce sont maintenant les professionnels de santé libéraux organisés en regroupement qui seront à l'initiative de l'amélioration de l'organisation des soins primaires en se coordonnant au niveau du territoire avec les professionnels du social et du médico-social. L'ARS de Franche-Comté a souhaité étudier la faisabilité de mise en place d'une communauté professionnelle de santé sur le territoire du Pays de Vesoul Val de Saône dont les diagnostics partagés avaient été réalisés.

Afin d'approfondir les éléments du nouveau texte de loi, un cadre théorique d'étude a été élaboré et des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des professionnels de l'ARS. Ces entretiens ont été complétés par les données des diagnostics pour obtenir un aperçu des perceptions des acteurs du terrain. L'analyse de ces entretiens a permis de réaliser une analyse stratégique. Cette analyse stratégique a été utilisée pour une mise en discussion dont l'objectif était d'identifier des initiatives favorisant la mise en place d'un projet territorial de santé contractualisé sur le territoire du Pays de Vesoul Val de Saône.

L'analyse des entretiens a permis de dégager les freins et les leviers à la mise en œuvre d'une

CPTS sur le territoire étudié. Les résultats de cette analyse ont montré que l'organisation des professionnels de santé libéraux du territoire sur des sites distants et avec un projet territorial de santé commun va nécessiter de prendre en compte plusieurs facteurs. Malgré une volonté des acteurs locaux et une dynamique de projets sur le territoire portées par le CLS, il reste beaucoup d'inconnus quant à la motivation et au temps disponible des professionnels de santé libéraux pour s'engager dans un projet territorial devant organiser les parcours de santé. Des outils pour aider les professionnels de santé à organiser leurs projets et leur pratique sont disponibles mais des éléments relatifs aux parcours de santé n'ont pas été suffisamment développés. La mise en discussion des résultats a permis de dégager 2 pistes d'actions devant permettre aux professionnels de santé libéraux de se structurer progressivement en groupe pour trouver des solutions communes dans des projets qu'ils auront définis.

Les axes d'action proposés étaient en phase avec les préconisations relatives à la mise en place de pôles de santé pluridisciplinaires. Ceux-ci nécessitent une transition par étapes pour engager graduellement les professionnels de santé libéraux du territoire dans une nouvelle organisation basée sur un projet de santé au niveau de la population du territoire. La construction par étapes des échanges va permettre d'améliorer une proximité cognitive entre les acteurs, condition nécessaire à la collaboration pluridisciplinaire sur le territoire. D'autre part, la littérature apporte de nombreux éléments pour amener les soins primaires à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, nouvelle mission des regroupements des professionnels libéraux. Il s'agit notamment de convaincre les professionnels du premier recours de s'engager dans des actions au plus près de la population.

Pour obtenir la réussite du projet, l'ARS devra prendre en compte la dimension des évolutions à opérer et les accompagner par une démarche de conduite du changement auprès des professionnels de santé libéraux afin de les soutenir dans la mise en œuvre de projets complexes. L'enjeu étant de dépasser l'ère du militantisme des MSP et obtenir un déploiement plus large sur les territoires.

Au delà de la démarche de conduite du changement, d'autres propositions ont été présentées pour intégrer les recommandations de la littérature et les préconisations de l'OMS concernant les soins primaires. Pour engager le changement, les diagnostics doivent pouvoir apporter une vision commune entre tous les acteurs du territoire et doivent être complétés pour être partagés avec les professionnels de santé du premier recours. La proposition d'intégration du projet territorial de santé au CLS offre l'avantage de profiter des ressources présentes pour la mise en œuvre du contrat local tout ouvrant les projets vers une vision plus globale de la santé prenant en compte l'ensemble des déterminants. Enfin, il est possible d'envisager un autre changement concernant la participation des citoyens en proposant une méthodologie de démarche participative en soins primaires.

Pour déployer ces dispositifs sur le territoire étudié et plus largement sur l'ensemble de la Franche-Comté, L'ARS doit prendre en compte l'importance de son engagement politique, technique et financier pour accompagner les professionnels du premier recours dans leurs nouvelles missions et pourra partager l'expérience de l'ARS de Bourgogne qui a déjà entrepris ce type de projet.

Plus généralement c'est aussi à l'Etat à prendre en compte le changement de paradigme devant s'opérer au niveau des soins primaires pour accomplir la réforme de l'organisation des soins en France.

Index des tables

Tableau 1 - Modèle d'analyse	24
Tableau 2 - Liste des documents utilisés pour l'analyse de la situation actuelle	26
Tableau 3 - Listes des entretiens des diagnostics	26
Tableau 4 – Description de la population	29
Tableau 5 – Analyse stratégique	39

Index des illustrations

Figure 1 : Schéma de l'organisation des dispositifs de l'article 12	16
Figure 2 : Schéma logique de l'étude	22

Bibliographie

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé – Feuille de route; 2013 p. 32.
2. Devictor B. Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier. Ministère de affaires sociales et de la santé; 2014. p. 209.
3. La loi santé relance le conflit public–privé [Internet]. [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: http://www.lesechos.fr/15/10/2014/LesEchos/21793-016-ECH_la-loi-sante-relance-le-conflit-public-privé.htm
4. LOI n° 2009–879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF. 2009;0167:12184
5. Agence régionale de santé de Franche Comté. Projet régional de santé de Franche Comté 2012–2016 [Internet]. [cité 21 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Presentation.130454.0.html>
6. Coldefy M., Lucas–Gabrielli V. Le territoire, un outil d’organisation des soins et des politiques de santé? *Questions d'Economie de la Santé*. 2012;(175).
7. Amat–Roze J–M. La territorialisation de la santé: quand le territoire fait débat. *Hérodote*. 2011;143(4):13–32.
8. Vigneron E. *Les inégalités de santé dans les territoires français – Etat des lieux et voies de progrès*. Elsevier Masson; 2011. 194 p.
9. Lucas–Gabrielli V., Nabet N., Tonnellier F. Les soins de proximité: une exception française? CREDES; 2001 p. 92.
10. Code de la santé publique – Article L1434–17 | Legifrance [Internet]. [cité 21 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891661&dateTexte=&categorieLien=cid>
11. Haschar–Noé N., Salaméro E. Le contrat local de santé: un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. *La Santé en Action*. 2014;(428):14–7.
12. Chevillard G. et al. Maisons et pôles de santé: places et impacts dans les dynamiques territoriales d’offre de soins en France [Internet]. IRDES; 2013. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>

13. Mousquès J., Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009–2012 [Internet]. IRDES; 2014. Report No.: 559. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
14. Le projet de loi relatif à la santé. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. 2015;(2902).
15. Juilhard J.M., Crochemore B., Toubia A., Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Paris : La Documentation Française. 2010. 52 p.
16. Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Structure d'organisation des soins primaires [Internet]. 2014 [cité 15 août 2015]. Disponible sur:
<http://www.ffmps.fr/index.php/la-federation/documents-produits/notes-techniques/173-2014-structure-d-organisation-des-soins-primaires>
17. Blanpain N. Insee – Population – L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent [Internet]. [cité 23 juill 2015]. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1372#inter2
18. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2013;61(S3):S163–9.
19. Organisation mondiale de la santé (OMS). « Comblé le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », rapport final de la commission des déterminants sociaux de la santé. 2008.
20. Couffinhal A, Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? un éclairage européen. Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'Economie de la Santé*. 2005;(92).
21. Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H., Groupe Air Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé? Revue de la littérature. *Questions d'Economie de la Santé*. 2012;(179).
22. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Evaluation de la coordination d'appui aux soins. 2014.
23. Lombrail P., Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la Santé*. 2005/3(8):31–9.
24. Frattini M.O., Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours des patients. *Santé Publique*. 2015;HS(S1):87 à 94.
25. Goudet B. Eléments de méthodologie pour un mémoire en promotion de la santé et développement social. En ligne sur le site de la Société Française de Santé Publique. En ligne sur le site de la société française de santé publique [Internet]. Disponible sur:
<http://www.sfsp.fr/santepublique/ArticlePS-ElementsdecritureformatIMRED.pdf>

26. Munck S., Massin S., Hofliger P., Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé Publique*. 2015;27:49–58.
27. Lombrail P. Les maisons de santé pluri-professionnelles: penser localement, agir globalement? Commentaire. *Sciences sociales et santé*. 2014;32(2):97–108.
28. Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Construire un parcours de santé pour les personnes âgées. 2013.
29. Huard P., Schaller P. Elements pour une gestion stratégique d'une maison de santé. *Santé Publique*. 26(2014/4):509–17.
30. Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Questions d'économie de la santé*. 2014;(200).
31. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités: faire partie du problème ou contribuer à la solution? In: Potvin L., Moquet M.J., Jones C., eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. INPES. Saint Denis coll. Santé en action; 2010. p. 195–208.
32. Leclerc A., Lang T. *Inégaux face à la santé: du constat à l'action*. La découverte. Paris; 2008. 297 p.
33. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). La coopération entre professionnels de santé. 2014.
34. Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF). Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma Ata (URSS). 1978 sept p. 90.
35. Fédération des maisons de santé comtoises (FEMASAC), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Petit guide de la participation en santé de proximité [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.femasac.fr/telechargements/file/89-le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite-femasac-ffmps.html>
36. Fernandez A. *Le chef de projet efficace*. Eyrolles. Paris; 2011. 179 p.
37. Intervention de Marisol TOURAINE Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – Maison de santé pluridisciplinaire – Magny en Vexin [Internet]. 2015 [cité 15 août 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention_de_Marisol_Touraine_ministre_des_affaires_sociales_de_la_sante_et_des_droits_des_femmes_-_MSP_de_Magny-en-Vexin_-_20_fevrier_2015.pdf
38. Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. Genève. 1986.

1. Projet de loi de santé – Article 12

Article 12

Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté en 1^{ère} lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015, [TA n° 505](#)

I à IV. – *(Supprimés)*

V (*nouveau*). – Après l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411-11-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1411-11-1.* – Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

« L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé, mentionnés à l'article L. 1411-1, des usagers. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Article 12 bis (*nouveau*)

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le titre III du livre IV de la première partie est ainsi modifié :

a) La première phrase du c du 2° de l'article L. 1431-2 est complétée par les mots : « et elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11 » ;

b) Le chapitre IV, tel qu'il résulte de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 4 ainsi rédigée :

« *Section 4*

« Communautés professionnelles territoriales de santé

« *Art. L. 1434-11.* – Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.

« La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de second recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

« Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

« Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

« À défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.

« Art. L. 1434-12. – Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-9 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé.

« Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. À cet effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

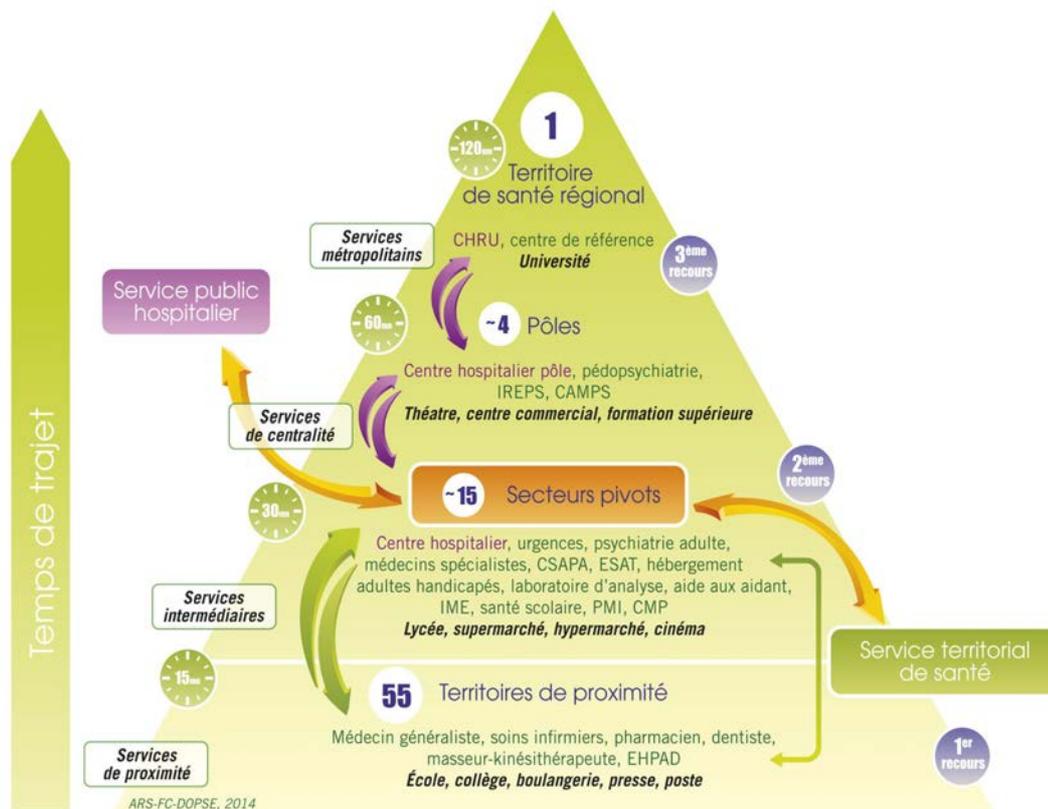
« Le contrat territorial de santé est publié sur le site de l'agence régionale de santé afin de permettre aux établissements de santé publics et privés, aux structures médico-sociales, aux professions libérales de la santé et aux représentants d'associations d'usagers agréées de prendre connaissance des actions et des moyens financiers du projet.

« Les équipes de soins primaires et les acteurs des communautés professionnelles territoriales de santé peuvent bénéficier des fonctions des plates-formes territoriales d'appui à lacoordination du parcours de santé complexe prévues à l'article L. 6327-2. » ;

2° Le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie est abrogé.

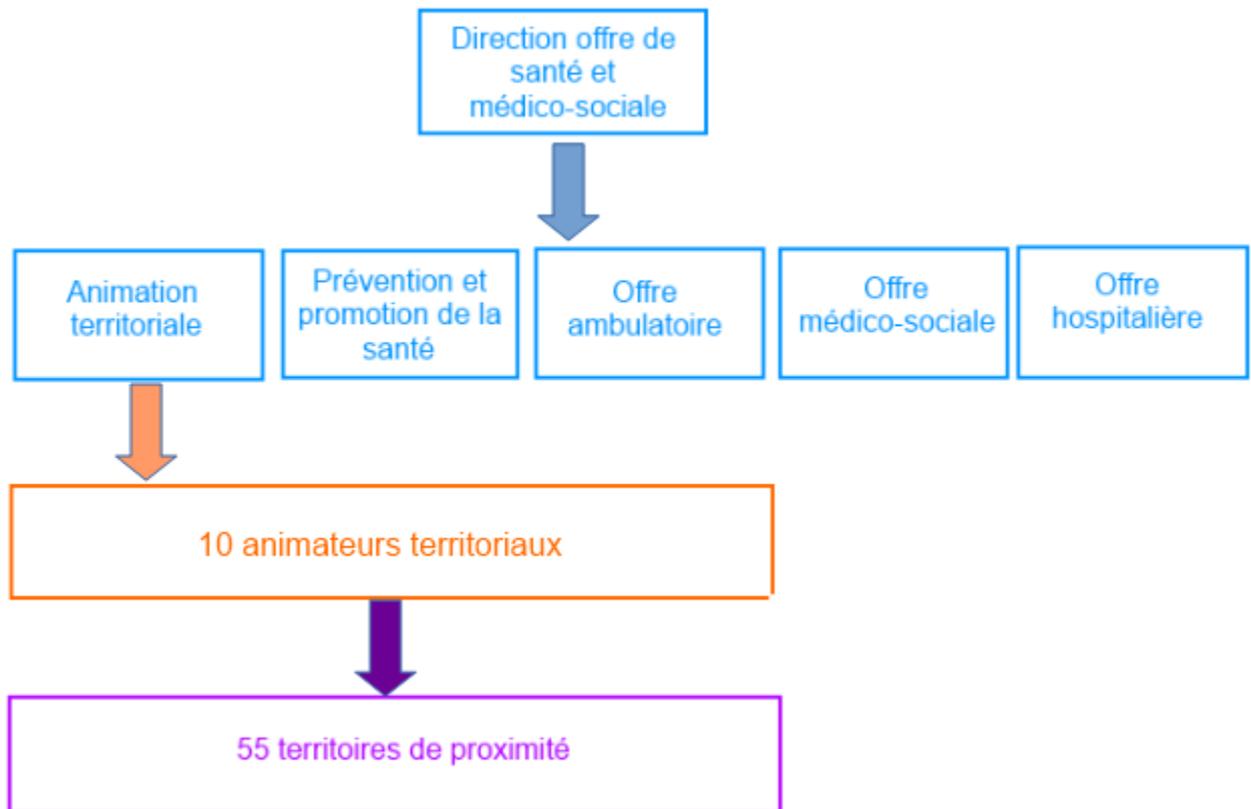
II. – Les regroupements de professionnels qui, avant la publication de la présente loi, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique deviennent, sauf opposition de leur part, des communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-11 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

2. Pyramide d'accessibilité



Source : ARS de Franche Comté 2015

3. Organigramme de l'animation territoriale



Organigramme de l'animation territoriale
ARS de Franche Comté (mars 2015)

4. Définition des plateformes de coordination d'appui aux soins

ARESPA

L'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA) est une coordination d'appui aux médecins traitants pour les aider à gérer des situations :

- impliquant l'intervention de différentes catégories de professionnelles des champs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux
- nécessitant le recours à des dispositifs mal connus des médecins traitants
- ou exigeant des temps longs d'élaboration avec le patient pour trouver les solutions médicales ou non médicales adéquates.

L'ARESPA a pour origine un réseau de soins palliatifs porté par la médecin libérale. Ses missions se sont étendues à toutes les missions pour lesquelles les médecins traitants se sentent en difficulté.

CLIC

Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) sont des guichets à destination des retraités, des personnes âgées et de leur entourage ou des professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Leurs missions sont définies en fonction du niveau de label décerné :

- informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux (niveau 1)
- les missions du niveau 1 auquel on ajoute la mission d'évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement ou un plan d'intervention (niveau 2)
- les missions du niveau 2 compléter par la mission d'élaborer un plan d'aide, accompagner, assurer le suivi du plan d'aide en lien avec les intervenants extérieurs

La gestion des CLIC est en général assurée par les Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou par des associations et sont cofinancés par les Conseils du département.

MAIA

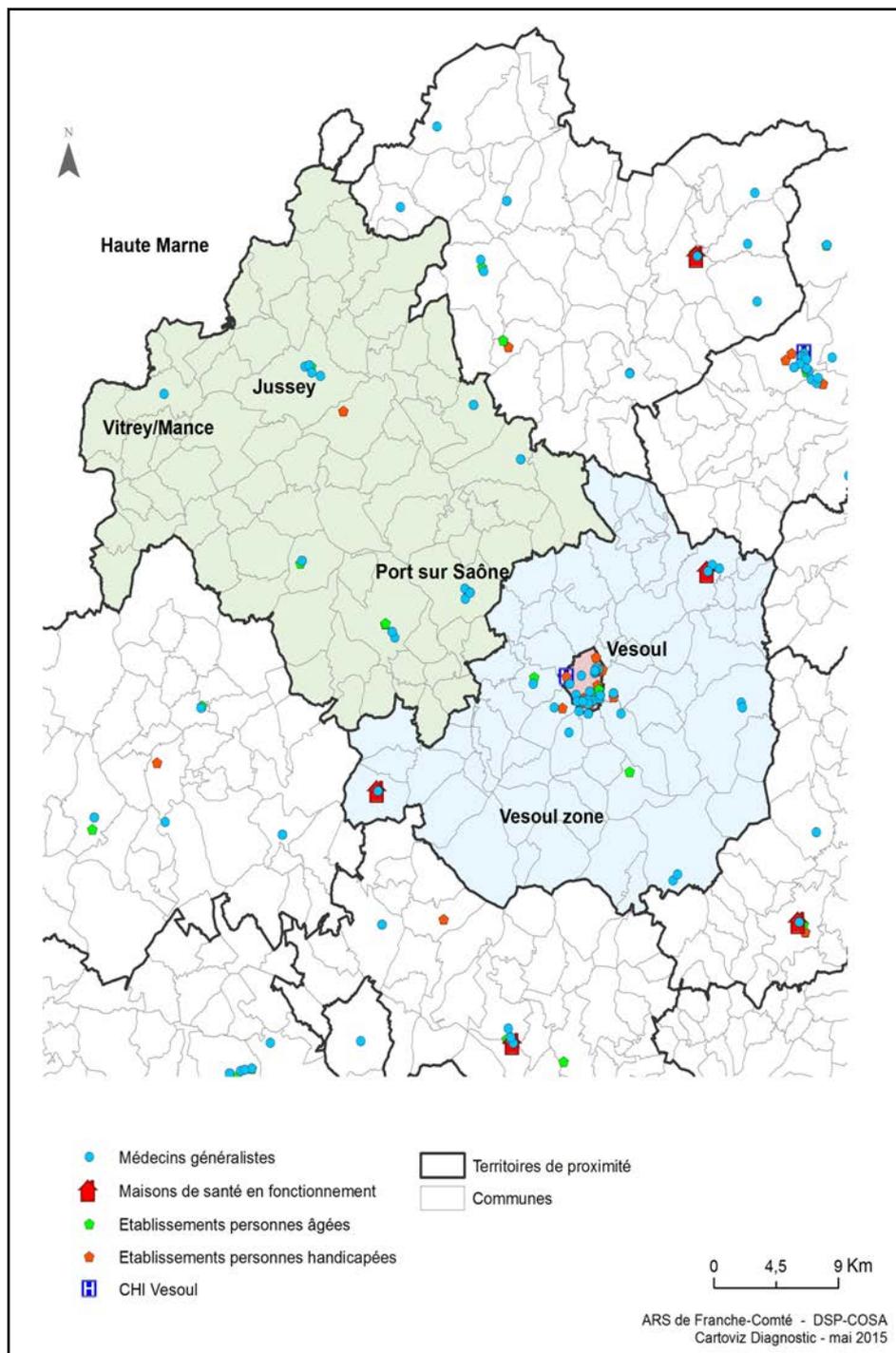
Les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) visent à créer un partenariat co-responsable¹ de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins. Au travers des MAIA, l'objectif est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des

personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

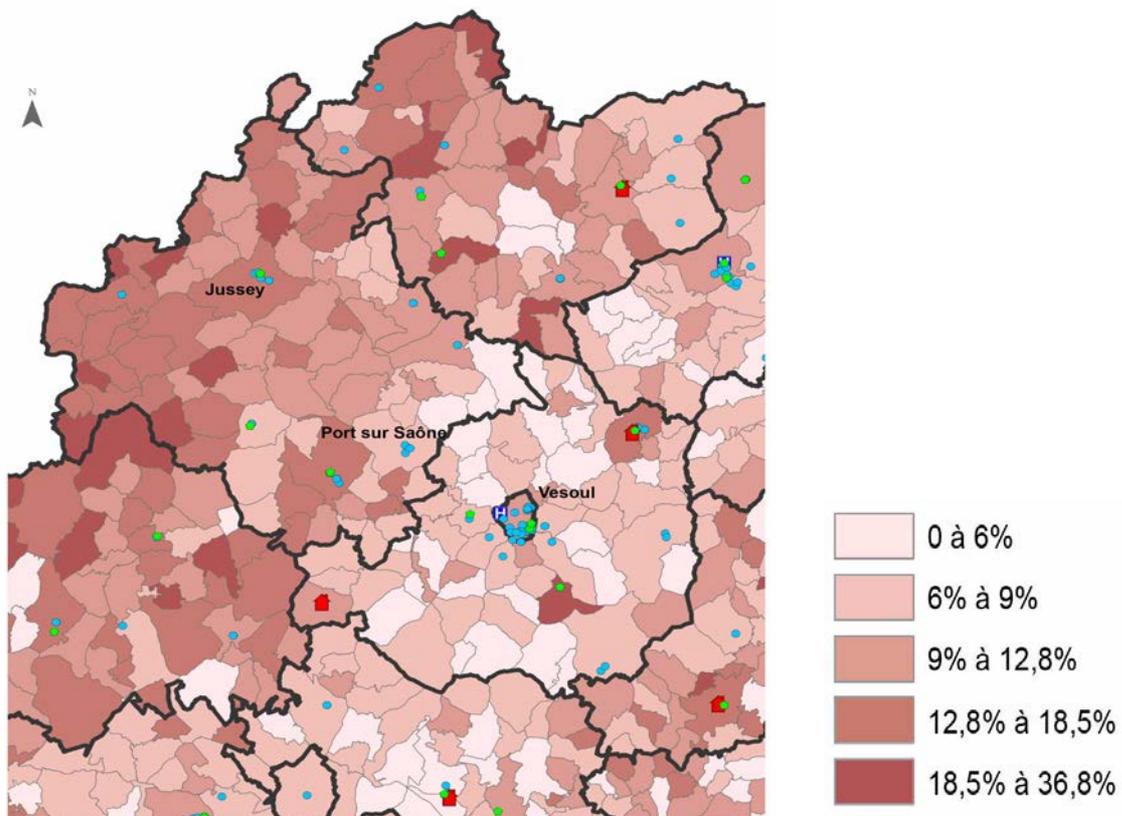
SSIAD

Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent, sur prescription médicale, des soins infirmiers, sous la forme de soins techniques, de base ou relationnels. Ces soins infirmiers sont délivrés à domicile ou dans les établissements médico-sociaux qui en tiennent lieu. Les constituent un maillon essentiel du soutien à domicile, notamment auprès des personnes âgées. Ils offrent des prestations de soins et d'accompagnement qui permettent de prévenir, ou tout au moins de différer, les séjours hospitaliers ou dans un établissement d'hébergement, et parfois d'en raccourcir la durée. Les SSIAD ont vu leurs missions renforcées en 2004 avec leur ouverture à de nouveaux publics : outre les personnes âgées, et toujours sur prescription médicale, ils sont depuis cette date autorisés à s'adresser aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou souffrant d'une maladie chronique.

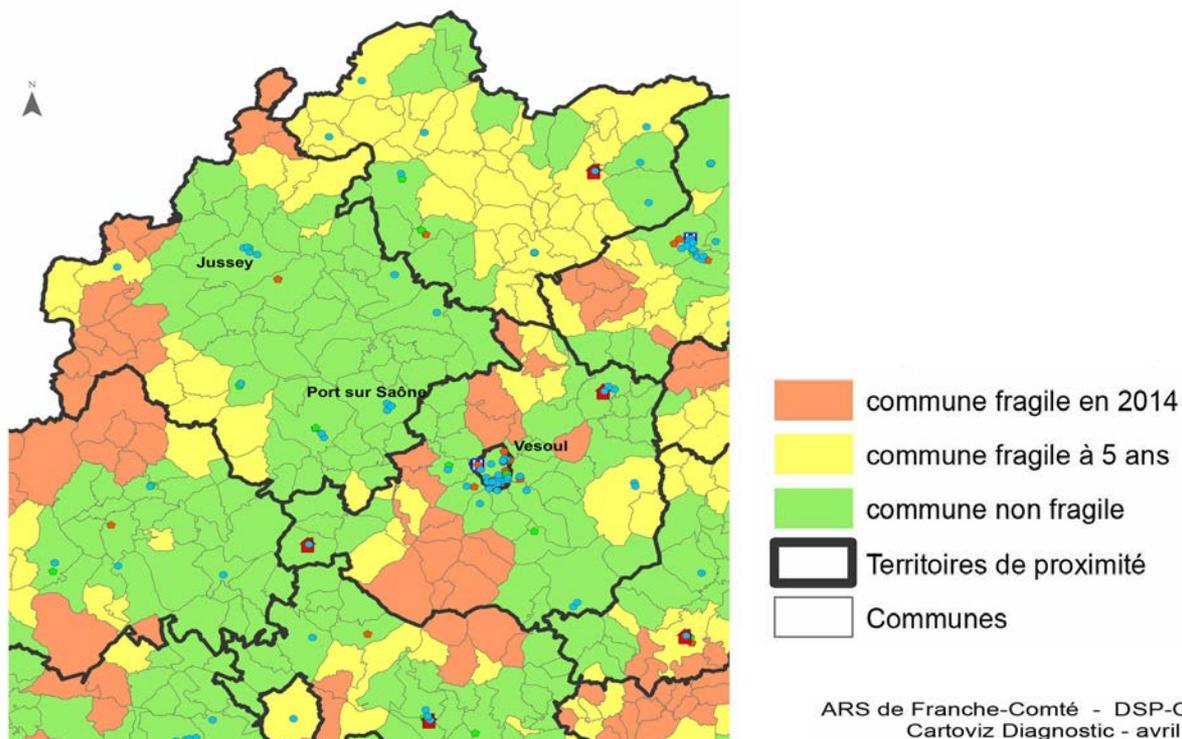
5. Présentation des territoires de proximité



6. Caractéristiques des territoires



Part de la population de plus de 75 ans



Zones fragiles en médecins généralistes

7. Recueil des données qualitatives

Observations participantes

Observations	Date
Bilan CLS Vesoul Val de Saône	13/01/2015
Réunion de travail renouvellement du CLS	10/03/2015
Groupe de travail CLS – action médecins spécialistes	05/03/2015
Réunions internes du département de l'animation territoriale	14/01/15 28/01/15 11/02/15 25/02/15 11/03/15 25/03/15

Entretiens exploratoires

Thèmes	Personnes interrogées	Dates
<ul style="list-style-type: none"> Service territoriale de santé ARS FC 	Responsable département pilotage, processus et démocratie sanitaire	20/02/2015
<ul style="list-style-type: none"> Service territoriale de santé ARS FC Nouveau projet de loi Communauté, parcours, plateforme d'appui et collaboration des acteurs 	Responsable département de l'animation territoriale	28/01/2015 11/02/2015 23/02/2015 09/03/2015
<ul style="list-style-type: none"> Nouveau texte de loi Parcours des PA Diagnostics partagés Vesoul Val de Saône Communauté, parcours, plateforme d'appui et collaboration des acteurs CLS 	Animateurs territoriaux	27/01/2015 18/02/2015 24/02/2015 10/03/2015 25/03/2015

Entretiens semi-directifs

Personnes interrogées	Dates
Animatrice territoriale DT Haute Saône	27/03/2015
Responsable département de l'offre ambulatoire	08/04/2015
Chargé de missions offre ambulatoire	09/04/2015
Directeur des Systèmes d'information en santé	15/04/2015
Responsable département observation statistiques et analyses, département stratégie et pilotage	16/04/2015
Conseiller technique en organisation hospitalière, département de la performance	17/04/2015
Responsable département promotion de la santé et prévention	20/04/2015
Responsable département offre médico-sociale	21/04/2015
Chargée de mission Santé, Pays de Vesoul Val de Saone	27/04/2015
Responsable département santé et environnement	28/04/2015
Chargée de mission démocratie sanitaire	30/04/2015
Présidente CISS Franche Comté, membre CRSA	4/05/2015
Directrice FEMASAC, membre CRSA	05/05/2015
Présidente URSP ML Franche Comté	Non réalisé

Participants présents à l'atelier de mise en restitution

Fonction
Directeur de l'offre de santé et médico-sociale
Responsable département de l'animation territoriale
Responsable département de l'offre ambulatoire
Responsable département promotion de la santé et prévention
Chargée de mission référent Alzheimer, offre médico-sociale
Responsable département offre médico-sociale
Animateurs territoriaux : 6 animateurs présents

8. Grilles des entretiens semi-directifs

Equipes de soins primaires

- Comment définissez-vous les équipes de soins primaires ?
- La démographie médicale du territoire peut elle permettre la constitution de nouvelles équipes de soins primaires sur le territoire ?
- Comment inciter les professionnels de santé à constituer des équipes de soins primaires et mettre en œuvre leurs projets de santé ?
- Quelles sont les demandes des usagers concernant les soins de 1^{er} recours ?

Communauté professionnelle territoriale de santé

- Comment définissez-vous les CPTS ?
- Selon vous, comment ces communautés peuvent-elles s'organiser sur un territoire ?
- Comment les systèmes d'information vont ils permettre de favoriser un travail en équipe pluriprofessionnel pour des professionnels de santé non regroupés ?

Projets de santé

- Comment sont définis les projets de santé des MSP ?
- Les projets de santé des MSP sont-ils évalués ?
- Quel pourrait être le projet de santé d'une CPTS ?

Parcours de santé

- Comment organiser les parcours santé sur le territoire ?
- Existe-t-il sur le territoire des collaborations entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social ?
- Quels sont les besoins des équipes de soins primaires pour organiser les parcours ?
- La coordination entre la Ville et l'hôpital est-elle suffisamment organisée ?
- Les systèmes d'information peuvent-ils permettre aux équipes d'échanger et de suivre le parcours du patient ?
- Les échanges Ville Hôpital sont-ils organisés au niveau du systèmes d'information ?
- Les usagers connaissent-ils l'organisation du système de santé ?

Plate-forme territoriale d'appui

- Quelles sont les plate-formes territoriales d'appui en place sur le territoire ?
- Les équipes de soins primaires connaissent et utilisent elles les plateformes d'appui locales ?
- La collaboration avec les plateformes d'appui est-elle satisfaisante ?
- Les usagers connaissent-ils les plate-forme de coordination d'appui ?
- Les usagers sont-ils satisfaits des services des plate-formes d'appui de type ARESPA, MAIA, CLIC

Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

- Comment les équipes de soins primaires peuvent améliorer l'accès aux soins et à la prévention ?
- Comment les communautés professionnelles territoriales peuvent améliorer l'accès aux soins et à la prévention ?
- Comment faciliter l'accès aux consultations spécialisées ?
- Comment les systèmes d'information, la e-santé et la télémédecine peuvent améliorer l'accès aux soins primaires, secondaires et la prévention ?

9. Diaporama

Etude d'un contrat territorial de santé

Sur le territoire du Pays de
Vesoul Val de Saône

1

Article 12 projet de loi de santé

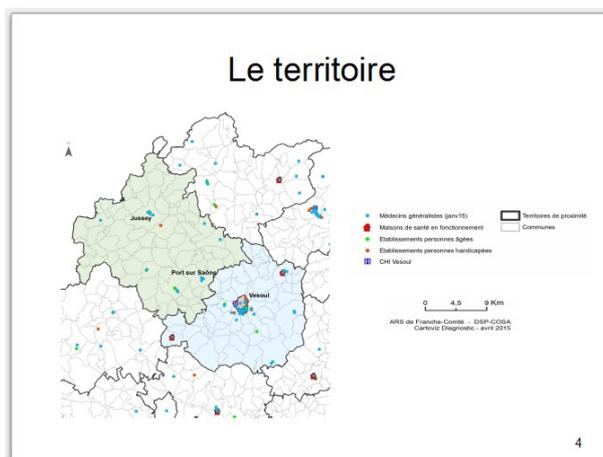
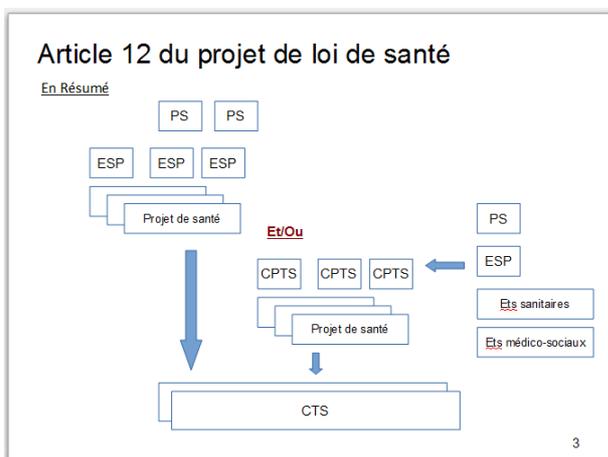
TITRE II

FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ

Chapitre Ier

Promouvoir les soins primaires
et favoriser la structuration des parcours de santé

2



Les éléments de l'article 12

Les parcours de santé

- 4 expérimentations de parcours de santé PA identifiés en Franche Comté
- pas de parcours identifié sur le territoire étudié
- Des filières de soins existent (cancérologie, AVC)
- Une expérimentation Ville Hôpital pour les personnes handicapées
- des dispositifs existants pour éviter les ruptures (projet Transsiad, plate-formes d'appui...)

Les plate-formes d'appui à la coordination

- ARESPA
 - identifiée et utilisée par les différents professionnels, établissements et usagers
 - bonne satisfaction
- MAIA
 - Utilisée, moins bien identifiée par les PS, moins souple que l'ARESPA,
- GIE IMPA
 - mal identifié, plus ciblée, plus restrictif

5

Les éléments de l'article 12

La prévention dans les équipes de soins primaires

- Programmes structurés d'ETP
 - au CHI de Vesoul (asthme, obésité infantile, insuffisance cardiaque, lombalgie chronique, patient diabétique)
 - Au sein d'une MSP du territoire (patient diabétique, risque cardio-vasculaire)
 - Cabinet d'endocrinologie (obésité adulte)
 - Un seul médecin généraliste formé à l'ETP sur Jussey
- Dépistage des cancers
 - Actions mises en place par l'ADECA, ARS (campagnes de communication)
 - Relais des actions par la FEMASAC et la MSA (colo-rectal, cutané)
- Vaccination
 - Actions MSA auprès des médecins généralistes, relais FEMASAC
 - ARS (campagne de communication)
- troubles du sommeil
 - Actions MSA/FEMASAC auprès des MSP

6

Les éléments de l'article 12

La réduction des inégalités sociales de santé par les soins primaires

- Accès aux soins
 - Maintenir l'offre de 1^{er} recours
 - Organiser la permanence et la continuité des soins, les consultations non programmées
 - Développer les protocoles de coopération entre PS et la formation
 - Organisation de consultations avancées
 - Orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
 - Prévention, éducation pour la santé
- Accessibilité aux soins
 - Financière
 - Géographique (distance/temps)
 - Sociale

7

Les éléments de l'article 12

Le projet de santé de la MSP de Noidans le Ferroux

- Projet de santé
 - Hypertension artérielle : améliorer la prise en charge, l'efficacité des traitements et la prévention des risques
 - Lomalgie : prévention, prise en charge pluridisciplinaire (kiné, psychologue)
 - Diabète de type II : ETP
 - Risque cardio-vasculaire : ETP
 - Dépistage des mélanomes, des troubles du sommeil
 - Dépistage BPCO (étude BALISTIC en lien avec le CHU)

8

Les éléments de l'article 12

Le projet de santé de la MSP de Noidans le Ferroux

- Projet d'équipe
 - Réunions bimensuelles pour évoquer les cas complexes
 - Partage d'idées, de décision, suivi des recommandations
 - Soulager le ressenti et éviter le burn out des PS
 - Réunions toutes les 6 semaines pour élaborer des projets, améliorer la qualité des soins
 - Mettre en place des interventions d'experts pour améliorer les pratiques
- L'équipe
 - 4 MG
 - 4 IDE
 - 3 MK
 - 1 pharmacien, 1 psychologue, 1 sage-femme, 1 travailleur social

9

Le contrat territorial de santé

L'analyse stratégique- 1

Forces	Faiblesses
Des acteurs du médico-social et les partenaires motivés pour la coopération et la collaboration Des partenariats déjà établis grâce aux actions du CLS et ayant créé une dynamique projet sur le territoire Des élus locaux sensibilisés au problème de démographie des professionnels de santé Une chargée de mission du Pays bien identifiée par les professionnels de santé et qui assure une communication active avec eux Des demandes clairement identifiées chez les usagers	Des professionnels de santé non disponibles pour intégrer de nouveaux projets Des besoins non suffisamment identifiés chez les professionnels de santé Des priorités non suffisamment identifiées pour les parcours de santé Des acteurs qui ne se connaissent pas Méconnaissance de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale de proximité

10

Le contrat territorial de santé

L'analyse stratégique- 2

Opportunités	Menaces
Une démographie de professionnels de santé tendue Un projet de maison de santé sur le territoire de Port sur Saône Des expérimentations en cours qui servent d'expérience Des actions du CLS qui pourraient être portées par le CTS Des propositions d'actions apportant une plus-value pour les PS soumis à de fortes contraintes Répondre aux demandes des usagers	Refus de participation des professionnels de santé Manque d'intérêt des professionnels de santé Un modèle économique peu attractif Pas de leader sur le territoire

11

Le contrat territorial de santé

Le contenu

- Le panier de services du STS
 - Accès et organisation des soins de proximité
 - Permanence et continuité des soins
 - Les urgences
 - Organisation et coordination des parcours de santé (personnes vulnérables PA, PH, PP)
 - Une ou plusieurs plate-forme d'appui à la coordination
 - Une action de prévention : santé environnementale, santé mentale, dépistages, addictions
 - Offre graduée articulée avec le 2ème et 3ème recours

12

Le contrat territorial de santé

Les demandes des professionnels de santé

- Meilleure information, connaissance des ressources et des dispositifs sur le territoire
- Remplaçants pour les formations
- Faciliter l'exercice au quotidien
- Gagner du temps de soins
- Répartition des congés entre PS du territoire
- Mise en place de CNP

13

Le contrat territorial de santé

Les demandes des professionnels du médico-social et autres acteurs

- Meilleure information, connaissance des ressources et dispositifs sur le territoire
- Améliorer la coordination et la coopération entre acteurs
- Partenariats entre acteurs et structures : pour la prise en charge des patients, pour développer des projets
- Améliorer les entrées et sorties d'hospitalisation
- Améliorer la participation des MG aux réunions de projet
- Améliorer les relations avec le CHI, les médecins libéraux, les IDE, les aides à domicile

14

Le contrat territorial de santé

Les demandes des usagers

- Enquête usagers du diagnostic partagé
- Mobilité et transport
 - Meilleur accès aux médecins spécialistes (dentistes, ophtalmologistes)
 - Meilleure information, connaissance du système de santé
- Ateliers de concertation du projet Leader
- Soutien à la parentalité
 - Accès aux soins pour les personnes handicapées
 - Maintien à domicile pour les personnes âgées

15

Le contrat territorial de santé

Définition des priorités

- Priorités populationnelles : jeunes, personnes en souffrance psychique, personnes précaires, personnes en perte d'autonomie
- Priorités de prévention : dépistage des cancers, prévention de l'obésité, ETP
- Priorités de parcours : personnes handicapées, personnes âgées, pathologies chroniques
- Territoires prioritaires : Jussey, zone des Montmarins, Vitrey sur Mance

=> Définition des axes prioritaires d'action pour inciter les professionnels de santé à s'engager dans un projet territorial

16

10. Planning

	Janvier				Février				Mars				Avril				Mai				Juin		
Semaine	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bibliographie, documentation	■																				■		
Positionnement du sujet					■																		
Entretiens expl. / observations					■								■										
Arrêt									■														
Méthodologie									■														
Préparation des entretiens													■										
Regroupement Nancy													■										
Entretiens																	■						
Analyse des résultats																	■				■		
Préparation atelier																					■		
Atelier																							

RÉSUMÉ

Par la nouvelle loi de santé, les ARS auront pour mission de contribuer à la constitution des nouvelles communautés professionnelles territoriales de santé, dispositifs destinés à améliorer l'organisation territoriale des soins primaires et des parcours de santé. Dans ce contexte, l'ARS de Franche Comté a souhaité étudier la faisabilité de leur mise en œuvre sur un territoire préalablement diagnostiqué. Une problématique a été définie à travers une observation interne. La conduite d'entretiens auprès de professionnels de l'ARS, de membres de la CRSA complétée par des données de diagnostics ont permis de réaliser une analyse des dispositifs et de définir des actions pour anticiper leur mise en place. Les 2 axes d'actions retenus par l'ARS soulignent la nécessité d'une construction progressive du changement auprès des professionnels de santé pour construire un projet de santé centré sur les besoins du territoire. La nouvelle loi doit prendre en compte l'importance de la conduite du changement et donner les moyens appropriés aux acteurs pour concourir à sa réussite.

MOTS CLEFS : POLITIQUE SANTÉ, ACCES SOINS, SOINS SANTÉ PRIMAIRE, TERRITOIRE, COORDINATION, CONTRAT SANTÉ

ABSTRACT

With the new French health law, the French Regional Health Agencies (ARS) will have the mission to contribute to the creation of new health territorial professional communities – facilities designed to improve the organisation of territorial primary care and health paths. In this context, the ARS of Franche-Comté wished to study their implementation feasibility on a formerly diagnosed territory. A problematic was defined through an internal observation. Interviews of ARS professionals and members of the CRSA, completed by diagnostic data, enabled to make an analysis of the facilities and to define actions to anticipate their implementation. The 2 action lines selected by the ARS stress the need for a progressive implementation of changes towards health professionals, in order to build a health project focused on the territorial needs. The new law must take into consideration the importance of change management and provide stakeholders with the appropriate means to contribute to its success.

KEYWORDS : HEALTH POLICY, PRIMARY CARE ACCESS, AMBULATORY CARE, TERRITORY, COORDINATION, HEALTH TERRITORY CONTRACT

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

ARS de Franche Comté
3 rue Louise Michel
CS 91785
25044 Besançon cedex