

● Onglet 5 : Exercice regroupé et coordonné

Cet onglet est consacré aux professionnels souhaitant obtenir des informations sur les modalités d'exercice coordonné ou regroupé. Il pourra notamment s'informer sur le montage d'une maison de santé pluri-professionnelle, les financements existants, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération ainsi que les protocoles de coopération entre les professionnels de santé.

◆ Onglet 6 : Informations pratiques

Dans cette dernière rubrique seront réunies les informations pratiques telles que les annuaires, agendas, publications et annonces professionnelles. Précisons que la PAPS ne gèrera pas les annonces professionnelles mais orientera l'internaute vers les sites proposant ce type de service.

L'alimentation et la mise à jour du site sont à la charge du coordonnateur ARS. Néanmoins, chaque partenaire est en charge de réaliser la veille réglementaire des sujets le concernant, de rester vigilant sur la pertinence des informations diffusées sur la PAPS et de proposer des mises à jour le cas échéant.

2) Des équipes locales permettant un accompagnement physique et personnalisé des PS

La PAPS ne se limite pas au seul site internet. L'enjeu est de garantir sur le terrain l'effectivité des services proposés.

A ce jour, de nombreuses cellules ou groupes accueillent des professionnels de santé pour les aides dans les démarches à faire ou pour les accompagner dans un projet donné

Exemple :

- Appui aux porteurs de projets de maisons de santé [URPS médecins, Conseil Régional, ARS, SGAR]
- Accompagnement des internes [ARS – faculté de médecine]

Les différents partenaires de la PAPS ont probablement mis en place d'autres groupes d'accueil des professionnels de santé. De ce fait, l'instance de gouvernance se propose de réaliser un état des lieux de l'existant de façon à recenser l'ensemble des dispositifs opérationnels et de coordonner les différents services proposés par les partenaires de la PAPS afin d'en améliorer la qualité du service rendu.

3) Une instance de gouvernance permettant de coordonner l'action de partenaires régionaux

L'instance de gouvernance régionale réunit autour de l'ARS tous les acteurs impliqués au niveau régional dans la production de services ou la publication d'informations à destination des professionnels. Il est en effet essentiel que le dispositif PAPS s'appuie sur une concertation large, impliquant l'ensemble des acteurs concernés par l'objet de la plateforme.

L'un des enjeux principaux de la plateforme est de réunir tous les acteurs impliqués dans la démarche afin de :

- expliciter la politique régionale de santé à destination des professionnels de santé, en formation ou déjà installés
- permettre à chaque acteur impliqué dans le dialogue avec les professionnels de santé, de connaître l'ensemble des initiatives existantes et le rôle joué par les autres intervenants de la région.

Le dispositif de gouvernance a par ailleurs pour objectif de veiller à la bonne mise en œuvre des services et de réaliser une évaluation des services effectivement mis en place.

Pour mener à bien ces missions, les membres de l'instance de gouvernance se réuniront régulièrement. Pendant la phase d'alimentation initiale du site, les réunions sont à fréquence mensuelle. En revanche, lorsque le site sera alimenté et ouvert aux internautes, la mission de l'instance de gouvernance se réduira aux mises à jour et échanges relatifs au fonctionnement des équipes de terrain. Il est donc envisageable de réduire la fréquence des réunions à un rythme trimestriel.

En Bourgogne, l'instance de gouvernance reproduit la même composition que le groupe de travail ayant élaboré la PAPS depuis novembre 2010, à savoir les unions régionales des professions de santé, les ordres professionnels, l'ARS, l'Assurance Maladie, la faculté de Médecine, les instituts de formations, le SGAR, les collectivités territoriales (Conseils Généraux et Conseil Régional), l'Association des jeunes médecins généralistes de Bourgogne et la Fédération bourguignonne des maisons de santé.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Informier et préparer l'installation des futurs professionnels de santé, via notamment la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) (ex : sensibiliser les étudiants aux différents modes d'exercice, promouvoir les stages en ambulatoire, délivrer une information sur le contrat d'Engagement de service Public (CESP))</p>	<p>Ouverture du site internet à l'automne 2011 et identification précise des équipes terrain. Une importance particulière sera également attribuée à l'instance de gouvernance en charge de veiller sur la qualité de l'information diffusée et la cohérence globale des services proposés.</p>
<p>Aider à l'installation de tous les professionnels de santé, via notamment la PAPS (ex : faciliter les démarches administratives d'installation, présenter le volet ambulatoire du SROS, les zones d'installation prioritaires et les aides disponibles, promouvoir l'exercice regroupé et /ou coordonné)</p>	<p>Ouverture du site internet à l'automne 2011 et identification précise des équipes terrain qui compléteront les services apportés par le site internet par un accompagnement physique et coordonné des différents partenaires.</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Niveau de pertinence et de qualité de l'information (questionnaire)	A déterminer avec les partenaires
	Nombre de réunions de l'instance de gouvernance (pilotage)	Minimum 3 fois par an
	Proportion de projets maisons, centres ou pôles de santé accompagnés dans le cadre de la PAPS par rapport au nombre global de projets (accompagnement)	80 %
	Nombre d'installations de médecins généralistes en zone fragile pluriprofessionnelle	Une installation dans 50 % des bassins de vie fragiles, soit 18 installations de médecins généralistes
	Nombre de journées d'information organisées auprès des facultés ou écoles des professions de 1 ^{er} recours retenues dans le cadre du SROS (médecine, pharmacie, soins infirmiers, masso-kinésithérapie, chirurgie dentaire)	1 journée d'information par profession en début d'année universitaire (étudiants en fin de cycle)

3.2.2 Objectif général n°2 : Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public

C'est à la fois le constat de l'inégalité d'accès aux soins, dûe notamment à une mauvaise répartition territoriale des professionnels, et la prévision d'un grand nombre de départs en retraite des praticiens à 10 ans qui ont motivé la création dans la loi HPST du 21 juillet 2009 du dispositif prévu à l'article 46: le contrat d'engagement de service public (CESP), codifié à l'article L.632.6 du code de l'éducation.

La signature d'un CESP permet le versement à un étudiant et /ou interne en médecine d'une allocation mensuelle en contrepartie d'un engagement à exercer, à l'issue de sa formation, un certain temps dans les zones sous dotées arrêtées par l'ARS au SROS.

Chaque année, un arrêté interministériel fixe le nombre d'étudiants pouvant signer un CESP. Une commission de sélection, présidée par le directeur de l'UFR, comprenant le DG ARS, le président de l'URPS médecins, le président du Conseil régional de l'Ordre des médecins, un représentant des étudiants, un représentant des internes et un directeur d'établissement public de santé désigné par la FHF, établit la liste des étudiants et internes retenus pour contracter. La commission transmet la liste dans les 2 mois suivant la rentrée universitaire au Centre National de Gestion (CNG), chargé de proposer la signature des contrats aux lauréats, qui disposent de 30 jours pour retourner le contrat signé.

Obligations contractuelles :

- Engagement du signataire à consacrer la totalité de son exercice professionnel, à compter de la fin de sa formation et pour une durée égale à celle pendant laquelle lui aura été versée l'allocation mensuelle, à un ou plusieurs lieux d'exercice correspondant à ceux identifiés par le SROS, pour lesquels l'offre médicale est insuffisante et la continuité des soins menacée.
- Le CNG établit cette liste, sur proposition des ARS. Cette liste est nationale et les étudiants, à l'issue des ECN, en fonction de leur rang de classement, peuvent candidater sur 5 lieux.
- Les lieux d'exercice peuvent recouvrir des activités libérales, salariées, ou combiner les deux. Ils sont définis géographiquement, démographiquement, avec leurs caractéristiques sanitaires et sociales, avec la description précise des fonctions à exercer et la désignation de l'employeur éventuel. L'activité doit être remplie à temps plein.
- Lorsque le signataire entend exercer des fonctions libérales, il s'engage à pratiquer les tarifs fixés par la convention médicale.

La Bourgogne entend accompagner pleinement le dispositif des CESP pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels, notamment en secteur ambulatoire, dans les territoires fragiles en matière de démographie médicale.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Développer le nombre de CESP en Bourgogne : proposer un nombre de contrats au regard de la sous densité, des fragilités démographiques énoncées au PRS et des demandes des étudiants	Réalisation de diagnostics affinés par zones fragiles ARS
Assurer un pilotage régional des CESP pour : - Identifier l'information à faire aux étudiants (campagnes annuelles de signature, contenu PAPS)	1) Identification d'un référent interne ARS 2) Animation d'un

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<ul style="list-style-type: none"> - Arrêter une méthode pour le recensement des lieux d'exercice et leur nature - Quantifier le besoin - Construire les principes d'exercice des signataires des CESP dans les lieux d'exercice regroupé - Assurer un accompagnement individualisé auprès des signataires des contrats 	<p>comité de pilotage associant les partenaires (UFR médecine, Fédération des MSP, Fédérations hospitalières, URPS, Conseil de l'Ordre)</p>

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
<p>Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général</p>	<p>Taux de contrats signés par rapport au nombre de contrats proposés chaque année</p>	<p>90 %</p>
	<p>Taux de réalisation en Bourgogne des CESP signés par des bourguignons</p>	<p>100 %</p>

3.2.3 Objectif général n°3 : Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels

Le système du tutorat, qui consiste à accompagner un futur professionnel par un professionnel expérimenté, et déjà mis en œuvre auprès des internes en médecine, peut être un dispositif à élargir pour les autres professionnels de santé, médicaux ou non médicaux, en vue de les préparer à l'exercice ambulatoire, sur tous les aspects de la profession, et également faciliter l'association en cabinet, en MSP,...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Proposer un tutorat aux professionnels de santé désirant s'installer en libéral, servant à les guider sur les conditions particulières d'exercice en milieu libéral	URPS volontaires

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre annuel de tutorats assurés par profession	A déterminer avec les URPS volontaires
	Satisfaction des professionnels tutorés	75 % de satisfaits

3.3 L'exercice regroupé

L'exercice regroupé est l'une des priorités du volet ambulatoire du SROS. Les structures d'exercice regroupé ont pour but de proposer aux professionnels de santé un cadre et un mode d'exercice qui favorisent le maintien des professionnels en milieu ambulatoire et encouragent l'installation de nouveaux professionnels dans la mesure où les modes d'exercice proposés correspondent à leurs aspirations. Elles comprennent : les maisons de santé, les centres de santé, les pôles de santé et d'autres modes de regroupements pluri-professionnels (notamment cabinets de groupe,...).

La promotion de l'exercice regroupé comme facteur de maintien d'une offre ambulatoire de qualité de 1^{er} recours recouvre également des enjeux portant sur :

- la cohérence des projets de santé avec les priorités stratégiques du PRS
- des implantations répondant aux besoins identifiés
- l'efficacité médico-économique témoignant d'une véritable plus-value du mode d'organisation mis en place par rapport aux modes d'exercice existants.

3.3.1 Objectif général n°1 : Favoriser la connaissance des dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets

Il convient de maintenir la dynamique mise en place dans la région en proposant des outils pour les promoteurs visant au déploiement quantitatif et qualitatif des projets d'exercice regroupé.

Il s'agit à la fois de renforcer les connaissances des différentes formes d'exercices regroupés existantes et des projets pour continuer le développement de ce mode d'exercice et maintenir le partenariat inter institutionnel garant de la dynamique régionale.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Promouvoir les modes d'exercice regroupé	<ul style="list-style-type: none"> • Animation de la PAPS • Réunions sur les territoires fragiles avec les URPS
Accompagner les professionnels porteurs de projets et suivre le développement des projets	<ul style="list-style-type: none"> • Animation du réseau des partenaires (URPS, Fédération des maisons de santé et groupements interprofessionnels de santé de Bourgogne) et des instances de concertation départementale et régionale • Accompagnement individualisé des projets • Organisation de formations et de journées d'échanges entre personnels des MSP • Contractualisation sous forme de CPOM

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Taux de territoires fragiles sans projet ayant fait l'objet de réunions d'information	100 %
	Taux d'accompagnement des projets par les instances locales	100 %
	Mobilisation des instances locales de concertation	Au moins deux fois par an
	Taux de contractualisation des dossiers validés par l'ARS (validation du projet de santé donnant lieu dans les 3 ans à l'ouverture de la MSP et à la conclusion d'un CPOM)	80 %

3.3.2 Objectif général n°2 : Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées

Le point commun entre les différents dispositifs d'exercice regroupé est le projet de santé, qui précise pour chaque type d'organisation les modalités de coordination, les actions de santé mises en place en fonction des besoins de la population et prévoit la formation des professionnels ainsi que l'accueil de stagiaires. Il traduit la plus-value qualitative de ce mode d'organisation des soins et à ce titre, il est le critère déterminant qui qualifiera les projets d'exercice regroupé que l'ARS pourra soutenir.

Un socle minimal reposant sur les trois premiers objectifs spécifiques cités ci-dessous est nécessaire pour chaque projet d'exercice regroupé.

Au terme de la première période de financement, les cinq objectifs devront être atteints.

Une procédure graduée de labellisation et de financement des MSP et autres structures en fonction des actions proposées pourra être mise en place.

La réalisation de ces objectifs sera déclinée contractuellement au sein des CPOM.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Garantir que le projet de santé prévoit des actions en matière de coopération et de coordination et le partage d'informations entre les professionnels de santé	Incitation des structures d'exercice regroupé à élaborer des protocoles de coopération. Respect du cahier des charges de l'ASIP en matière de système d'information
Garantir que le projet de santé prévoit des actions en matière d'éducation du patient, au regard du schéma de prévention, notamment en matière d'éducation thérapeutique	Articulation avec les réseaux de santé labellisés en éducation thérapeutique et les priorités du schéma régional de prévention
Garantir que le projet de santé prévoit l'organisation de la continuité des soins et la réponse à la demande de soins non programmés	Lien avec le cahier des charges de la PDSA
Garantir que le projet de santé prévoit des actions en matière d'enseignement par les professionnels en place à destination des futurs professionnels	Accueil de stagiaires de formation de santé sur chaque site d'exercice regroupé
Garantir que le projet de santé prévoit des actions de formation continue et interprofessionnelle	Inscription des structures dans la mise en place du futur dispositif de DPC Sensibilisation et information des instances de FMC pour l'intégration des thématiques du PRS au sein des programmes

	Libellé de l'indicateur	Valeur cible à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Taux de réalisation des objectifs spécifiques pour chaque projet d'exercice regroupé à l'issue de la période de contractualisation	100 %

3.3.3 Objectif général n°3 : Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé

L'exercice regroupé est un mode d'exercice largement encouragé depuis plus de 5 ans en Bourgogne. Le déploiement de ce mode d'organisation des soins a été favorisé dans des zones où des difficultés d'accès présentes ou à venir existaient.

Il convient d'orienter encore plus l'aide publique pour ce type de projets vers la résolution de la question de la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Assurer l'implantation d'au moins une structure d'exercice regroupé sur les zones fragiles non couvertes, ou desservant un territoire fragile	Repérage des zones prioritaires et des acteurs mobilisables Réunions sur les territoires fragiles, notamment en s'appuyant sur les démarches d'initiatives locales (CLS,...)
Assurer des implantations de structures d'exercice regroupé cohérentes les unes par rapport aux autres en tenant compte du zonage, des initiatives, du volontariat et de l'efficacité	Promotion des différents types d'organisation adaptés aux besoins territoriaux (concept d'antennes ou de cabinets secondaires) Intégration de la problématique spécifique des pharmacies fragiles dans la construction des projets d'exercice regroupé Incitation à la mutualisation Appui sur les centres hospitaliers de proximité pour consolider l'offre de premier recours Développement des études de faisabilité intégrant des critères de distances, temps d'accès entre structures, de taille et de besoins
Garantir une taille critique minimum en termes de compétences et de nombre de professionnels (2 médecins, et 2 paramédicaux dont une infirmière) pour les maisons de santé (une taille optimale serait de 3 à 4 MG pour garantir la continuité des soins)	Incitation au regroupement des petits projets

	Libellés de l'indicateur	Valeurs initiales (2011)	Valeurs cibles à 5 ans
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre de structures d'exercice regroupé installées	19 MSP 44 CDS dont 9 polyvalents	40 MSP (indicateur Cpom 30 MSP en 2013)
	Nombre de structures d'exercice regroupé par zone fragile	13 zones couvertes par 11 MSP, 1 réseau global et 1 CDS polyvalent	Existence d'au moins une structure par zone fragile
	Taux de zones fragiles couvertes par un mode d'exercice regroupé	13 Zones couvertes (11 MSP, 1 réseau global et 1 centre polyvalent) sur 28	28 (totalité des zones fragiles pluri-professionnelles)

3.4 Les coopérations entre professionnels

La coopération entre professionnels de santé apporte une réponse aux besoins des patients, tant par une approche coordonnée des soins que par l'accès à une offre de santé de proximité, qu'elle vise à favoriser.

En Bourgogne, les outils de coopération à mobiliser dans le cadre du volet ambulatoire sont envisagés du point de vue de la facilitation de l'exercice ambulatoire de premier recours et visent ainsi à développer :

- la cohérence des parcours de soins des patients entre le domicile et les établissements de santé ou institutions médico-sociales, notamment sur les problématiques d'entrée et de sortie d'hospitalisation,
- le partage d'activités permettant de dégager du temps médical, par l'élaboration de protocoles de coopération de l'article 51 de la loi HPST.

3.4.1 Objectif général n°1 : Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS

Garantir aux patients un accès aux soins de qualité sur tout le territoire est une priorité nationale, pour laquelle le dispositif de l'article 51 de la Loi HPST a été créé. Les enjeux de la coopération entre professionnels de santé sont d'optimiser le parcours de soins des patients par une coordination performante entre tous les intervenants, de permettre l'évolution de l'exercice professionnel, d'étendre les champs d'intervention des professions paramédicales et de centrer l'activité médicale sur des missions d'expertise. Un autre enjeu est lié à la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé.

L'article 51 de la loi HPST est un dispositif juridique permettant aux professionnels de santé de déroger à leur condition légale d'exercice par le transfert d'actes ou d'activités de soins d'un corps de métier à un autre.

La validation de chaque protocole effectuée par la Haute Autorité de Santé garantit la qualité et la sécurité des soins dues aux patients, notamment sur le niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle ainsi que sur la maîtrise des risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients.

L'autorisation de mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé est délivrée par l'Agence Régionale de Santé lorsque le protocole répond à un problème de santé régional.

La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé quels que soient les secteurs et cadres d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri-professionnelle...). C'est à leur seule initiative que les professionnels s'engagent dans ce dispositif.

L'information systématique du patient, dont la prise en charge s'inscrit dans une nouvelle organisation de coopération entre professionnels, est exigée par le protocole.

Le développement des protocoles de coopération entre professionnels permet de faire face aux défis majeurs de santé nationaux et bourguignons que sont :

- les besoins croissants de prise en charge sanitaire liés au développement des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population,
- l'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale
- les progrès technologiques médicaux nécessitant l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé.

L'ARS offre à la région des alternatives de réponses aux problèmes de santé relevés dans les divers diagnostics, en fixant cet objectif principal de favoriser le développement des protocoles de coopération, principalement auprès des professionnels libéraux, au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles et également entre les professionnels libéraux et ceux des structures sanitaires.

Au 30 janvier 2012, en Bourgogne, seulement un protocole de coopération a fait l'objet d'un arrêté d'autorisation ARS dans le département de la Côte d'Or. Ce protocole permet un dépistage intensif de pathologie secondaire d'une maladie chronique « dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique », avec l'utilisation de technique de vidéotransmission. La délégation d'actes est réalisée entre un ophtalmologiste et un orthoptiste.

Deux protocoles sont en cours de rédaction dans la Nièvre et la Saône et Loire, et seront soumis à la HAS en 2012. L'un vise le recours initial de soins de plaies ou de brûlures aiguës au sein d'une maison de santé plutôt qu'en service d'urgences hospitalières. La délégation d'actes concernerait un médecin auprès d'une infirmière et d'un pharmacien. L'autre vise le prélèvement de cornées en milieu hospitalier sur patients décédés.

Les professionnels étant initiateurs des protocoles de coopération, l'ARS a un rôle d'information, d'accompagnement, de coordination, d'autorisation et d'évaluation de ce dispositif.

La montée en charge progressive des arrêtés d'autorisation de protocoles de coopération entre professionnels de santé est envisagée pour les 5 prochaines années, ainsi que le développement d'adhésion des professionnels à des protocoles déjà autorisés.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Informers les professionnels de santé de l'existence et des modalités de l'article 51 de la loi HPST	Animation d'une réunion régionale d'information en fin d'année 2011, avec la participation de la HAS et de la DGOS, Diffusion d'informations sur les protocoles autorisés dans les autres régions, via le site INTERNET de l'ARS
Organiser le pilotage régional du dispositif d'accompagnement des protocoles	Définition d'un processus Constitution d'un groupe de suivi régional Participation des représentants URPS et ordres.

	Libellé de l'indicateur
<i>Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général</i>	Nombre d'accompagnements de promoteurs dans le montage d'un protocole
	Nombre de protocoles issus de promoteurs bourguignons validés par la HAS

3.4.2 Objectif général n°2 : *Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales*

Le manque de connaissance mutuelle des acteurs sanitaires et sociaux d'un territoire donné constitue encore un frein aux démarches de coopération voire de regroupement.

Des redondances dans les prises en charge ou au contraire des ruptures ont pu être identifiées dans les parcours de vie ou de santé de certaines populations.

Il s'agit donc de proposer, sur la base de l'inventaire des dispositifs existants de coordination, une organisation par territoires de santé intégrant des préconisations permettant de fluidifier les liens entre professionnels et structures de santé afin de faciliter l'exercice des professionnels de santé et de répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins de premier recours.

Le parcours de soins s'appuie en premier lieu sur l'organisation des soins de premier recours mais des points d'articulation apparaissent nécessaires avec d'autres travaux des schémas notamment le volet hospitalier du SROS, le schéma médico-social ou bien encore le schéma de prévention.

De nombreux points d'appui existent : réseaux, hôpitaux de proximité, expérimentations pour le maintien à domicile... Il convient d'organiser au mieux la mise en relation des différents outils au service de parcours de soins optimisés.

Les CPOM conclus avec les établissements et avec les structures ambulatoires sont des outils d'orientation et incitatifs visant à améliorer le parcours de soins.

Auparavant, un travail de réévaluation des besoins à couvrir est nécessaire afin de redéfinir les missions assignées aux différents dispositifs de coordination.

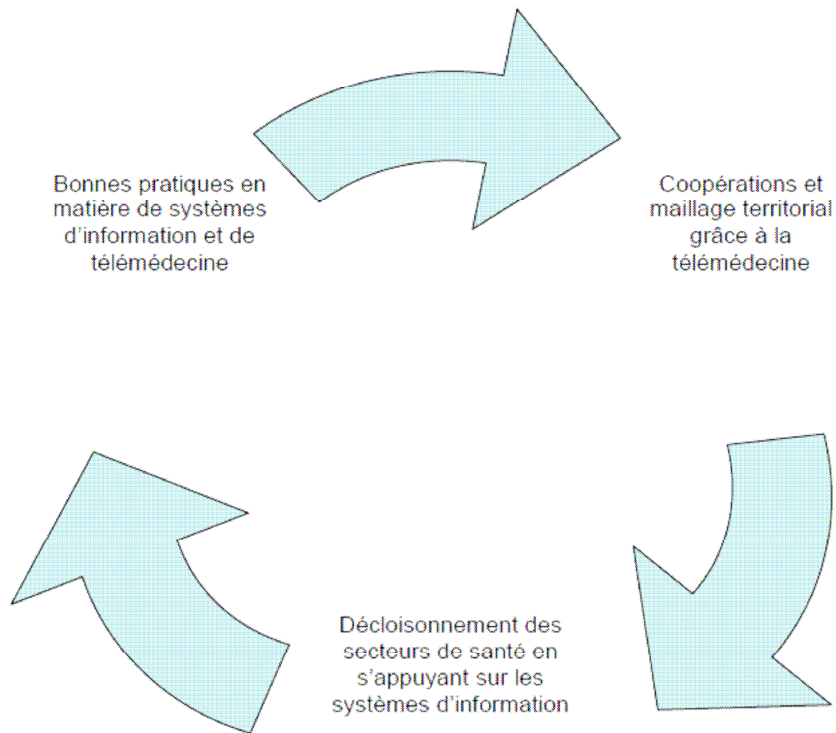
Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Promouvoir le rapprochement des réseaux de proximité avec le ou les centres hospitaliers de référence afin de faciliter le décroisement ville-hôpital (pour être relais efficace dans le parcours du patient) et avec les structures d'exercice regroupé de son territoire	Partage d'informations : promotion des portails ville-établissement Thème de travail prioritaire : préparation entrées et sorties d'hospitalisation Points d'appui aux structures d'exercice regroupé pour réalisation des projets de santé (éducation thérapeutique, maintien à domicile...) Liens avec le schéma hospitalier
Privilégier l'évolution des réseaux de santé existants vers des réseaux pluri-thématiques , notamment pour pallier l'absence de dispositifs organisés sur certains territoires et faire converger les dispositifs existants (réseaux, dispositif de coordination sociale) vers une plate-forme de coordination territoriale des professionnels , afin d'assurer une prise en charge globale de la santé	Identification des sites Mobilisation des partenaires Recherche des opérateurs les plus pertinents Réalisation d'états des lieux territoriaux des besoins et attentes de la population et des professionnels notamment les médecins traitants. Mutualisation entre réseaux
Adapter le périmètre géographique d'intervention des réseaux existants, en fonction des besoins, aux territoires non couverts	Réalisation d'états des lieux territoriaux des besoins et attentes de la population et des professionnels notamment les médecins traitants

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Améliorer la diffusion de l'information à destination des professionnels de santé sur les dispositifs existants de maintien à domicile de droit commun, afin de repositionner le professionnel de 1er recours dans le maintien à domicile	Réunions d'informations sur les zones d'action des réseaux dans l'attente de la mise en œuvre des plateformes de coordination

	Libellé de l'indicateur
Indicateur d'impact ou de suivi de l'objectif général	Nombre d'outils développés par les réseaux au bénéfice des professionnels des territoires fragiles, sur les parcours de soins transverses : oncologie, neurologie, maladies cardio-vasculaires, personnes âgées
	Nombre de portails ville-établissement opérationnels
	Part des réseaux pluri-thématiques par rapport à l'ensemble des réseaux de proximité
	Proportion des professionnels de santé de premier recours adhérents à un réseau de proximité parmi les réseaux en zones fragiles

3.5 Les technologies de l'information et de la communication (TIC)

Concernant l'outil des TIC, le volet ambulatoire identifie les priorités de développement et d'équipements à inscrire au programme Télémedecine prévu par la loi HPST, qui doivent faciliter l'exercice ambulatoire et s'inscrivent dans la logique suivante :



3.5.1 Objectif général n°1 : Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques en matière de coordination, de qualité et de sécurité.

L'informatisation des systèmes de production de soins s'est largement généralisée sur l'ensemble du secteur ambulatoire au cours des dernières années.

L'essentiel des attentes résidaient alors en une réponse technique à des besoins émis par les porteurs de projet.

Le 1^{er} objectif a pour but de placer les systèmes d'information locaux dans un contexte territorial, régional et national, en respect des contraintes réglementaires d'une part et des normes et référentiels d'autre part.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<ul style="list-style-type: none"> - Respect des contraintes réglementaires - Respect des normes et référentiels 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion des outils mis à disposition par l'ASIP Santé (étude MSP de l'ASIP Santé, utilisation des Cartes Professionnels de Santé ...) - Appui sur les URPS et le GCS e-santé Bourgogne comme promoteurs de ces outils

3.5.2 Objectif général n°2 : Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un décloisonnement entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information.

Les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social sont de manière générale encore cloisonnés. La mise en place des ARS est une opportunité pour pallier cette problématique en coordonnant les professionnels de santé de chaque secteur et ainsi supprimer les points de rupture.

Les systèmes d'information peuvent contribuer à cette démarche et ainsi optimiser le parcours de soins des usagers : partage de l'information et coordination des prises en charge (médicale et soignante).

Grâce aux portails ville-hôpital, les médecins généralistes pourront être informés de la sortie d'hospitalisation de leurs patients et prendre connaissance des comptes-rendus inhérents à cet événement.

A terme, le DMP permettra une meilleure coordination des professionnels de santé dans la prise en charge des patients grâce à la mise à disposition d'informations essentielles : comptes-rendus d'analyses de biologie, images et comptes-rendus d'interprétation d'imagerie, comptes-rendus de consultations, ...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir et accompagner le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) - Favoriser la création de portails ville-hôpital par les établissements de santé en collaboration avec les cabinets libéraux et les MSP - Développer un Espace Numérique Régional de Santé comme réponse aux problématiques d'information (Annuaire des Professionnels de santé par exemple) et de communication (messagerie sécurisée par exemple) 	<ul style="list-style-type: none"> - DMP : accompagnement par l'ASIP Santé et appui du GCS e-santé Bourgogne - Portails ville-hôpital : développement par les établissements sanitaires

3.5.3 Objectif général n°3 : Impulser le développement de la télémédecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial

Le décret télémédecine définit les cadres de pratique de la télémédecine : télé-consultations, télé-expertise, télé-surveillance, télé-assistance et régulation médicale.

Compte tenu des caractéristiques de la population bourguignonne, de la situation géographique de notre région et du contexte en matière de démographie médicale, la télémédecine sera un enjeu en tant qu'outil au service de l'organisation de santé.

Pour les usagers, la télémédecine devra favoriser l'autonomie (maladies chroniques) dans certains cas mais aussi faciliter l'accès aux soins, notamment en premier recours.

Les professionnels de santé pourront se servir de la télémédecine comme d'un support au développement de coopérations : prise en charge des AVC, organisation de la téléradiologie, ...

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<ul style="list-style-type: none"> • Développement des coopérations • Amélioration du maillage du territoire - Accompagnement de la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation des projets existants de télémédecine • Développement des expérimentations • Développement du réseau sécurisé haut débit de santé bourguignon

4 Evaluer et suivre la mise en œuvre du schéma

4.1 Dispositif d'évaluation du schéma

4.1.1 Une évaluation intermédiaire du schéma est proposée en 2013 afin d'identifier les conditions de réussite de sa mise en œuvre.

Il est envisagé d'évaluer un objectif général de deux thématiques spécifiques :

- Les aides à l'installation : améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé.
- L'exercice regroupé : favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées.

Seraient ainsi évaluées :

- **la pertinence** : les objectifs poursuivis répondent-ils toujours aux besoins ?
- **La cohérence des dispositifs organisationnels et fonctionnels** : Il s'agit d'apprécier si les actions réalisées (les ressources, les activités, le public-cible...) sont une réponse aux objectifs définis dans le schéma.
- **L'efficacité des actions** (sur la base des premiers résultats et réalisations), sous l'angle :
 - de la qualité de la prise en charge,
 - de l'intégration et de la satisfaction des usagers et des professionnels (de terrain, institutionnels),
 - économique (suivi financier).

	Thème	Question	Motivation du choix
Proposition de questions évaluatives intermédiaires (2013)	Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les besoins et attentes des professionnels de santé en matière d'information et d'accompagnement ? - Qualité des relations entre les différents acteurs de la santé (URPS, CG, CR...) ? - Quelles sont les difficultés rencontrées par les PS et par les institutions ? - Niveau d'utilisation et utilité du site internet ? - Utilité et qualité de l'accompagnement personnalisé des PS ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une meilleure lisibilité de l'utilité de la PAPS en tant que « service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé » (Loi HPST) - Décrire et évaluer la qualité des modalités de partenariat entre les différents acteurs de la santé - Identifier des facilitateurs pour répondre aux besoins d'informations et d'accompagnement des PS

	<p>Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les plus-values des dispositifs d'exercice regroupé : pour les professionnels de santé ? pour les patients ? pour les acteurs de santé ? - Quels sont les besoins et attentes des professionnels participant à des dispositifs d'exercice regroupé ? Quels sont les besoins et attentes des patients ? - Quelles sont les difficultés rencontrées ? - Quels sont les leviers pour développer la qualité de l'exercice dans les structures dédiées ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une meilleure lisibilité de l'apport de l'exercice regroupé sur les conditions d'exercice des PS (coopération, partage d'informations, formation...). - Avoir une meilleure lisibilité de l'apport de l'exercice regroupé sur les conditions de prise en charge des patients (éducation thérapeutique, continuité des soins, télémédecine...). - Avoir des éléments d'informations pour développer une procédure graduée de labellisation et de financement des structures.
--	---	---	---

4.1.2 Une évaluation finale du schéma est proposée en 2016

L'évaluation finale du schéma a pour objectif d'analyser **les résultats** obtenus.

Ainsi, l'évaluation finale devrait fournir les informations et analyses nécessaires pour apprécier :

- **la pertinence du schéma**
- **la cohérence interne et externe du schéma**
- **l'efficacité du schéma** : première estimation de l'atteinte des objectifs fixés en termes de résultats et d'impacts

	Thème	Question	Motivation du choix
<p>Proposition de questions évaluatives finales (2016)</p>	<p>La pertinence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le schéma apporte-t-il des réponses aux besoins identifiés dans le diagnostic régional ? - Quelle est l'articulation du schéma avec les autres schémas, et les autres politiques socio-sanitaires en Bourgogne ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les modalités de prise en compte du diagnostic des besoins - Evaluer les critères de choix des priorités du schéma par rapport à l'importance des besoins - Evaluer les modalités de concertation et d'implication des partenaires

<p>La cohérence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment les objectifs généraux se déclinent-ils en objectifs spécifiques ? - Comment les objectifs spécifiques se déclinent-ils en leviers d'actions ? - En quoi les indicateurs retenus dans le schéma sont de nature à suivre les progrès réalisés ? - Quel est le niveau de connaissance du schéma par les autres institutions et par les professionnels de terrain ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'articulation entre les différents niveaux d'objectifs - Evaluer l'intégration des thèmes transversaux - Evaluer la déclinaison des objectifs du schéma en actions locales - Vérifier que les indicateurs soient pertinents, renseignables et effectivement suivis - Vérifier que le schéma soit connu, compris et utilisé par les autres institutions et par les professionnels de terrain
<p>L'efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau d'atteinte des objectifs généraux du schéma ? - Le schéma a-t-il permis d'améliorer l'accessibilité aux soins de premier recours ? - Le schéma a-t-il contribué à la valorisation des filières de formation des professionnels de santé de premier recours ? - Le schéma a-t-il contribué à l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé ? - Le schéma a-t-il contribué à l'amélioration de la démographie médicale des professionnels de santé en Bourgogne ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les effets et l'utilité du schéma en tant que réponses aux problèmes identifiés initialement - Evaluer la qualité des partenariats développés dans le cadre du schéma - Evaluer les modalités d'utilisation du schéma par les différents acteurs - Evaluer l'utilisation des ressources

4.2 Suivi de la mise en œuvre et mesure d'impacts du schéma

Le suivi annuel du schéma est un outil de pilotage comparant ce qui est réellement fait à ce qui était déclaré lors de la formulation du projet.

Le suivi se fonde sur un système de tableaux de bord qui permet de visualiser le déroulement de la mise en œuvre des objectifs généraux et des objectifs spécifiques. Les tableaux de bord sont utiles et nécessaires à la réalisation des évaluations intermédiaire et finale.

Dans les tableaux de bord, il s'agit de mesurer les écarts entre les objectifs et leur réalisation : cet écart est mesuré à l'aide d'indicateurs :

- Des indicateurs d'impact du schéma.
- Des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du schéma.

4.2.1 Suivi annuel de l'impact du schéma

Thèmes	Objectifs généraux	Libellés des indicateurs d'impact	Valeurs cibles à 5 ans
Formation	Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain	Taux d'adéquation des professionnels formés aux places de formation ouvertes (nb d'étudiants formés / nb de professionnels à renouveler)	100%
	Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux	Nombre d'interventions dans les formations faites sur les priorités du PSRS : autonomie, maladies chroniques, adolescence	Au moins une intervention par an et par formation
	Développer la place des stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé	Proportion d'étudiants au sein d'une promotion ayant réalisé un stage ambulatoire	A ajuster en fonction des spécialités
	Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants	Proportion de terrains de stage proposant des solutions d'hébergement	100%
Aide à l'installation	Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale (CPOM)	16,8

	Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public	Nombre d'installations en Bourgogne de professionnels ayant conclu un CESP / Nombre d'installations proposées en Bourgogne dans le cadre d'un CESP	60 à 80%
	Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels	Nombre annuels de tutorats assurés par professions	A déterminer avec les URPS volontaires
Exercice regroupé	Favoriser la connaissance des dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets	Taux de contractualisation des dossiers validés par l'ARS (validation du projet de santé donnant lieu dans les 3 ans à l'ouverture de la MSP et à la conclusion d'un CPOM)	80%
	Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées	Taux de réalisation des objectifs spécifiques pour chaque projet d'exercice regroupé à l'issue de la période de contractualisation	100%
	Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé) (CPOM)	28/40
Coopérations entre professionnels	Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS	Nombre de protocoles issus de promoteurs bourguignons validés par la HAS	1 par an
	Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales	Part des réseaux pluri-thématiques par rapport à l'ensemble des réseaux de proximité	80% de réseaux de proximité pluri-thématiques

40 | P a g e

TIC	Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques en matière de coordination, de qualité et de sécurité	Pourcentage de structures d'exercice regroupé conformes au cahier des charges de l'ASIP en matière de système d'informations (Exercice regroupé)	
	Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un décloisonnement entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information.	Nombre de portails ville-hôpital / nombre d'établissements de santé	
	Impulser le développement de la télémédecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial	Nombre de projets de télémédecine / territoire de santé	

4.2.2 Suivi annuel de la mise en œuvre du schéma

Thèmes	Objectifs généraux	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre
Formation	Garantir une capacité de formation des professionnels de santé en adéquation avec les besoins en professionnels sur le terrain	Reprise de l'orientation SROS dans le schéma régional des professions sanitaires établi par le Conseil régional
		Mise en place d'un comité de pilotage du CESP
		Taux de déperdition en cours de formation (pour les filières médecine, infirmière, pharmacie, MK)
		Nombre d'actions d'information (auprès des lycéens, des étudiants...) sur les métiers de la santé
	Garantir la cohérence des contenus de formation avec les principaux besoins de santé régionaux	Nombre de formations (universitaires, continues...) abordant l'exercice ambulatoire dans leurs enseignements
		Nombre de formations incluant des modules, des cours, des séminaires inter-professionnels
	Développer la place des stages en ambulatoire dans la formation des professions de santé	Nombre de maîtres de stage en secteur ambulatoire formés (en fonction des spécialités) / territoire de santé
		Moyenne de semaines passées en stage ambulatoire / formations
		Nombre d'actions d'informations auprès des IFSI et IFMK sur l'abord du secteur ambulatoire dans les formations
	Améliorer l'accueil en stage en ambulatoire (notamment libéral) des étudiants	Pourcentage de MSP et de CDS ayant élaboré une charte d'accueil du stagiaire
		Pourcentage de MSP et de CDS accueillant des stagiaires
		Nombre de stagiaires accueillis au sein de MSP, de CDS / territoire de santé
Pourcentage de stagiaires bénéficiant d'une indemnisation des frais de stage		
Aide à l'installation	Améliorer l'information et l'accompagnement des professionnels de santé	Nombre de réunions de l'instance de gouvernance (pilotage)
		Proportion de projets maisons, centres ou pôles de santé accompagnés dans le cadre de la PAPS par rapport au nombre global de projets (accompagnement)

Thèmes	Objectifs généraux	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre
		Nombre de journées d'information organisées auprès des facultés ou écoles des professions de 1 ^{er} recours retenues dans le cadre du SROS (médecine, pharmacie, soins infirmiers, masso-kinésithérapie, chirurgie - dentaire)
		Nombre d'installations en zones fragiles pluriprofessionnelles / Nombre de départs
		Niveau de pertinence et de qualité de l'information (questionnaire)
	Favoriser l'installation en Bourgogne d'étudiants à l'aide des contrats d'engagement de service public	Taux de contrats signés par rapport au nombre de contrats proposés chaque année
		Taux de réalisation en Bourgogne des CESP signés par des Bourguignons
		Nombre de professionnels s'installant en Bourgogne suite à un CESP / Nombre de Bourguignons ayant signé un CESP
		Nombre de réunions de l'instance de pilotage
		Pourcentage de signataires de CESP en Bourgogne ayant bénéficié d'un accompagnement individualisé
	Développer les tutorats pour l'installation en ambulatoire des professionnels	Nombre de professionnels tutorés / territoire de santé
		Satisfaction des professionnels tutorés
Exercice regroupé	Favoriser la connaissance des dispositifs existants et l'accompagnement des porteurs de projets	Taux de territoires sans projet ayant fait l'objet de réunions d'information
		Taux d'accompagnement des projets par les instances locales
		Nombre de réunions des instances locales de concertation
		Nombre de formations, journées d'échanges entre personnels des MSP
	Favoriser une meilleure qualité de l'exercice dans les structures dédiées	Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant élaboré des protocoles de coopération
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé conformes au cahier des charges de l'ASIP en matière de système d'informations
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé réalisant des actions d'éducation thérapeutique

Thèmes	Objectifs généraux	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant développé une organisation de la continuité des soins en lien avec le cahier des charges de la PDSA
		Taux d'orientation, par les CRRA, des patients vers les MMG, entre 20h et 8h (SROS hospitalier)
		Nombre de stagiaires accueillis au sein de MSP, de CDS / territoire de santé (Formations)
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé inscrites dans le dispositif de DPC
	Garantir l'implantation et la viabilité des projets d'exercice regroupé au regard des besoins des territoires de santé	Taux de zones fragiles couvertes par un mode d'exercice regroupé
		Nombre de structures d'exercice regroupé / territoire de santé
		Nombre de structures d'exercice regroupé par zone fragile
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé s'appuyant sur les centres hospitaliers de proximité
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant une ou des antennes
	Coopérations entre professionnels	Développer la mise en place de protocoles de coopération en Bourgogne en cohérence avec les orientations stratégiques du PRS
Nombre de réunions de l'instance de pilotage		
Rendre plus cohérent le parcours de soins des patients en améliorant les dispositifs de coordination entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les structures médico-sociales		Nombre de portails ville-établissement opérationnels
		Pourcentage de réseaux ayant signé une convention de partenariat avec un centre hospitalier
		Pourcentage de réseaux ayant signé une convention de partenariat avec les structures d'exercice regroupé de son territoire
		Proportion des professionnels de santé de premier recours adhérents à un réseau de proximité
		Nombre d'études de besoins réalisées pour adapter le périmètre géographique d'intervention des réseaux
TIC	Orienter les organisations informatiques en place vers des bonnes pratiques	Nombre d'actions d'informations, sur les normes et référentiels, des URPS et de GCS e-santé à destination des professionnels de premiers recours

Thèmes	Objectifs généraux	Indicateurs de suivi de la mise en œuvre
	en matière de coordination, de qualité et de sécurité	
	Contribuer à l'optimisation du parcours de soins par un décloisonnement entre les secteurs de santé en s'appuyant sur les systèmes d'information.	Nombre moyen de DMP ouverts pour les professionnels de santé libéraux / territoire de santé
		Nombre de connexions mensuelles / portails ville-hôpital
		Pourcentage de médecins libéraux utilisateurs d'un portail ville-hôpital
	Impulser le développement de la télémédecine en faveur des coopérations et dans le cadre d'un meilleur maillage territorial	Nombre de projets de télémédecine accompagnés par l'ARS (SROS)
		Pourcentage de structures d'exercice regroupé ayant développé un projet de télémédecine
		Pourcentage d'établissements de santé réalisant des consultations avancées à l'aide de la télémédecine
		Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse avec le concours de la télémédecine (SROS)
		Nombre de concertations pluridisciplinaires en cancérologie effectuées avec le concours de la télémédecine (SROS)



Médecine

1 Champ et périmètre de l'activité

Des activités telles la réanimation, l'insuffisance rénale, les urgences, le traitement du cancer ...font l'objet d'une autorisation spécifique et d'un schéma. D'autres non soumises à autorisation telles la cardiologie, la neurologie...constituent un des volets du SROS hospitalier. La thématique porte donc sur l'activité de soins médecine au sens discipline.

Deux décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de médecine et de chirurgie sont en projet.

Celui relatif aux conditions d'implantation précise que l'autorisation de médecine mentionne le cas échéant, si l'établissement de santé prend en charge notamment, des patients en HAD, des enfants et des adolescents, à titre exclusif ou non, d'où l'existence d'un groupe de travail sur l'HAD et l'examen des sites de pédiatrie au sens du texte (constitution d'un groupe de travail pédiatrie).

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Evolution nécessaires de l'offre de soins en médecine figurant dans le SROS 2006-2011

1. Définir la place de la médecine polyvalente à l'intérieur des centres hospitaliers
2. Favoriser le maintien à domicile (augmentation des places de SSIAD, ...)
3. Soutenir les associations d'aide à domicile (formation, coordination, ...)
4. Développer les soins à proximité du domicile du malade (hôpitaux locaux (HL) adossés à des maisons médicales pluridisciplinaires, développement de la télémédecine : consultations avancées, consultations externes dans les hôpitaux locaux, ...)
5. Promouvoir les complémentarités et les coopérations (multidisciplinarité de la prise en charge notamment pour les personnes âgées, préparation de la sortie du malade dès son admission, développement des réseaux ville-hôpital polyvalents coordonnés pour articuler les entrées et les sorties des établissements avec la médecine de ville et les hôpitaux locaux, regroupement des réseaux en une fédération des réseaux, ...)
6. Améliorer les prises en charge (gradation des soins en trois niveaux au sein de chaque territoire de santé, développement des alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de semaine), modification des organisations internes, développement du dossier médical partagé, de la télémédecine.

Résultats

2. : 569 places de SSIAD ont été créées sur la période 2006-2011 (2928 à 3497), soit une augmentation de 19.43% au niveau régional.

4. : A l'heure actuelle, un ex-HL est adossé à une maison de santé pluriprofessionnelle, l'ex-HL de La Clayette. En projet à l'horizon 2011-2012 sont notés : Saulieu, Louhans, Tournus, Cluny. Une enquête a été menée en mars 2011 auprès des ex-hôpitaux locaux, il apparaît ainsi que 7 d'entre eux bénéficient de consultations avancées (surtout en Côte d'Or) qui sont très diverses : soins palliatifs, orthopédie,

ophtalmologie, etc., néanmoins des besoins persistent. A noter, une consultation avancée par télé-médecine a été mise en place entre le CH de Chalon et l'ex-hôpital local de Louhans.

5. : En 2011, on dénombre en Bourgogne : 13 réseaux régionaux, 8 réseaux départementaux, 12 réseaux infra départementaux et 8 réseaux polyvalents de proximité. Une amorce de coopération s'est opérée entre certains ex-hôpitaux locaux et leur site pivot.

6. : Selon les données SAE (statistique d'activité des établissements de santé), les venues ont augmenté en Bourgogne de 2008 à 2009.

D'une manière globale, ces objectifs restent d'actualité au regard des résultats.

Objectifs du SROS 2006-2011 par territoire :

- o Nord Saône et Loire

Implantations

7 dont 2 sur le site pivot, 3 sur les sites intermédiaires, 2 sur les sites de proximité

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Maintenir l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une prise en charge médicale et paramédicale 24H/24 correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.
- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour).
- Renforcer la coopération médicale entre le site pivot et les sites de proximité, notamment avec les hôpitaux locaux pour la mise en place de consultations spécialisées avancées.
- Organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

Résultats

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, pour les répondants, il apparaît que la permanence paramédicale est réalisée, mais celle médicale est partielle.

Une augmentation du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour la Saône et Loire, selon SAE.

La coopération entre le site pivot et les sites de proximité est partielle.

- o Sud Saône et Loire

Implantations

9 dont 2 sur le site pivot, 1 sur le site intermédiaire, 6 sur des sites de proximité (dont 5 en hôpital local).

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Transformer l'activité de médecine en soins de suite et de réadaptation au CH de Charolles dans le cadre de la fédération médicale interhospitalière de gériatrie avec le CH de Paray-le-Monial.
- Maintenir l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24H/24 correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisé.
- Regrouper l'offre médicale privée de médecine sur le site pivot dans le cadre de la restructuration des établissements de santé privés : suppression d'une implantation de médecine.

- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD).
- Renforcer la coopération médicale entre les établissements du site pivot et les autres établissements de proximité du territoire, notamment pour organiser le recours aux spécialistes.

Résultats

Le CH de Charolles a transformé son activité de médecine en SSR.

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, pour les répondants, il apparaît que la permanence paramédicale est réalisée, mais celle médicale est partielle.

Le regroupement de l'offre médicale privée a été réalisé.

Une augmentation du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour la Saône et Loire, selon SAE.

o Nièvre

Implantations

9 au total dont 3 sur le site pivot, 2 sur les sites intermédiaires et 3 sur les sites de proximité dont 1 dans un hôpital local (Lormes).

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Développer les complémentarités entre les offres médicales publiques et privées sur le site pivot et sur le site intermédiaire de Cosne-sur-Loire dans le cadre, à chaque fois, d'une coopération formalisée et juridiquement adaptée entre les établissements.
- Maintenir l'activité de médecine sur le site de l'hôpital local (Lormes) à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24 heures sur 24 dans le service de médecine de l'hôpital local correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.
- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD) et les modalités de partenariat au niveau de la filière de soins (réseaux, consultations avancées).

Résultats

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, il apparaît que la permanence médicale et paramédicale est réalisée.

Une baisse du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée selon SAE.

o Nord Yonne

Implantations

4 dont 2 sur le site pivot, 1 sur le site de proximité et 1 dans un hôpital local.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements

- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD) et les modalités de partenariat au niveau de la filière de soins (réseaux, consultations avancées).
- Maintenir et renforcer les coopérations médicales entre le site pivot, le site de proximité et l'hôpital local notamment par le développement des consultations spécialisées avancées.
- Maintenir l'activité de médecine sur le site de l'hôpital local à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24 heures sur 24 dans le service de médecine de l'hôpital

local correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.

- Organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

Résultats

Une baisse du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour l'Yonne, selon SAE.

Des consultations sont réalisées à l'HL en partenariat avec des CH et 1 clinique.

Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, il apparaît que la permanence médicale et paramédicale est réalisée.

o Sud Yonne

Implantations

5 dont 2 sur le site pivot, 3 sur les sites de proximité.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour, HAD).
- Renforcer la coopération médicale entre le site pivot et les sites de proximité, notamment pour la mise en place de consultations avancées spécialisées comme par exemple, en neurologie et endocrino-diabétologie.
- Organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

Résultats

Une baisse du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée pour l'Yonne, selon SAE.

Un GCS entre les CH d'Auxerre, de Clamecy, de Tonnerre et d'Avallon, avec pour objectifs notamment, la mutualisation des moyens, a été mis en place.

o Côte d'Or

Implantations

17 dont 7 sur le site pivot, 4 sur les sites intermédiaires, 6 en hôpital local, à la publication du SROS

15 implantations au cours de la période de validité du SROS, en fonction de la réorganisation d'établissements privés du site pivot.

Créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements :

- Suppression de deux implantations d'activité de médecine sur le site pivot à échéance du regroupement de 3 cliniques privées sur un seul site
- Maintien de l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une véritable prise en charge médicale et paramédicale 24 heures sur 24 dans les services de médecine des hôpitaux locaux correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée.
- Diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour).
- Développer l'articulation avec le secteur ambulatoire et le secteur médico-social par l'intermédiaire des réseaux de santé afin de fluidifier la filière de soins.
- Organiser une réponse de soins adaptée pour la prise en charge des addictions sur le site pivot.

Résultats

Le projet de regroupement des 3 cliniques sur le site de Valmy est en cours d'instruction. Selon l'enquête faite auprès des ex-HL en mars 2011, pour les répondants, il apparaît que la permanence paramédicale est réalisée, mais celle médicale est partielle. Une augmentation du nombre de venues de 2008 à 2009 est notée selon SAE. Pour la prise en charge des addictions, une réponse doit être apportée à partir du site constitué par le CHU, le CHS et le Renouveau.

Au final, les préconisations suivantes restent d'actualité (réponse partielle ou absence de réponse) :

- maintenir l'activité de médecine dans les hôpitaux locaux à condition d'avoir une prise en charge médicale et paramédicale 24H/24 correspondant à une véritable activité de court séjour hospitalier spécifiquement organisée,
- diversifier les modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (semaine, jour),
- renforcer la coopération médicale entre le site pivot et les sites de proximité, notamment avec les hôpitaux locaux pour la mise en place de consultations spécialisées avancées,
- organiser la filière de prise en charge, notamment par anticipation des modalités de sortie sur le site pivot.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs clés de la consommation de soins

Taux de fuite pour la médecine

	Région	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
HC	10.86%	6.41%	23.86%	17.44%	18.55%
HTP	15.63%	4.99%	34.84%	40.26%	34.83%

Seule la Côte d'Or a un taux de fuite pour l'hospitalisation complète (HC) et à temps partiel (HTP) inférieur à la valeur régionale.

Taux de recours 2009 standardisés pour 10 000 habitants

	Région	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
HC	911	804	920	996	932
HTP	253	308	235	205	256

Le taux de recours tel qu'il est abordé ici rend compte du recours à l'offre de la **population domiciliée** d'une zone géographique, quel que soit le lieu de réalisation des séjours (dans la zone, ou hors zone).

Le taux de recours est calculé pour 10 000 habitants et peut être :

- brut : 10 000 x nombre de séjours/nombre d'habitants
- standardisé sur l'âge et le sexe.

Le taux de recours national est de 844 en HC et de 279 en HTP.

La Bourgogne a un taux de recours en HC supérieur à la moyenne nationale et inférieur en HTP.

2.2.2 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

D'après les données SAE 2008/2009, on observe une augmentation du nombre de :

- journées de 0.6% : 1 143 521 en 2008 (TO de 86.37%) et 1 150 413 en 2009 (TO : 87.4%)
- venues de 16.2% : 29 858 en 2008 et 34 712 en 2009
- lits et places de 0.52% : 4002 en 2008 et 4023 en 2009.

Type d'activité	Mode de prise en charge	Nombre de séjours extrapolés 2016 consommés sans correctif flux				
		Régional	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Médecine	HC	167733	43754	24373	63319	36097
	HTP	43649	16681	5622	12013	9376
Techniques interventionnelles	HC et HTP	56190	19276	7858	17488	11574
Nombre de séjours 2009						
Type d'activité	Mode de prise en charge	Régional	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Médecine	HC	165 265	42 645	24 571	62 641	35 408
	HTP	43 007	16 258	5 668	11 884	9 197
Techniques interventionnelles	HC et HTP	55 363	18 787	7 922	17 301	11 353
TOTAL		263 635	77 690	38 161	91 826	55 958
Comparatif 2016/2009						
Type d'activité	Mode de prise en charge	Régional	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Médecine	HC	101,49%	102,60%	99,19%	101,08%	101,95%
	HTP	101,49%	102,60%	99,19%	101,08%	101,95%
Techniques interventionnelles	HC et HTP	101,49%	102,60%	99,19%	101,08%	101,95%

HC : hospitalisation complète

HTP : hospitalisation à temps partiel

Selon les extrapolations réalisées ci-dessus, il apparaît une augmentation du nombre de séjours de 1.49% pour la région, légitimant le maintien de l'offre globale de médecine.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

o Taux d'équipement

Selon STATISS 2010, "Les régions françaises", le taux d'équipement en lits et places installés au 01/01/2010 pour 1 000 habitants est en :

Médecine (y compris l'HAD) :

- 2.6 en Bourgogne
- 2.2 en France métropolitaine

La région se caractérise par un taux d'équipement en médecine supérieur à la moyenne nationale et la situe en 2^{ème} position après le Limousin (taux d'équipement de 2.9) et au même niveau que la Lorraine et la Basse Normandie.

SSR :

- 1.68 en Bourgogne
- 1.69 en France métropolitaine.

Les données SAE 2009 en termes d'équipement en médecine pour la Bourgogne

Territoire de santé	Population (INSEE 2006)	Lits et places installés	Taux d'équipement	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
				Journées	TO	Places	Venues
Côte d'Or	517168	1457 (1291+166*)	2.82	390797	86.5	166	23030
Nièvre	222220	534 (505+29*)	2.4	160693	88.28	29	2070
Saône et Loire	549361	1328 (1252+76*)	2.42	379752	85.84	76	5483
Yonne	340088	704 (664+40*)	2.07	219171	91.31	40	4129
Bourgogne	1 628 837	4023 (3712+311*)	2.47	1150413	87.4	311	34712

En gras : valeur supérieure à celle régionale

* : nombre de places installées

Taux d'équipement : nombre de lits et places installés pour 1000 habitants calculés à partir des données ci-dessus.

La différence observée entre les taux d'équipement peut s'expliquer par le fait que l'année de référence n'est pas la même et que les données SAE n'intègrent pas celles relatives à l'HAD.

o **Les établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine**

46 établissements de santé disposent en janvier 2012 d'une autorisation de médecine.

Territoire	Nombre d'établissements	HC	HTP
Côte d'Or	15	15	6
Nièvre	9	9	5
Saône et Loire	14	14	8
Yonne	8	8	4
Bourgogne	46	46	23

Il convient de noter que tous les sites titulaires d'une autorisation d'activité de médecine d'urgence, ont un service de médecine.

Côte d'Or

15 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC : 5 cliniques, le CHU, le CLCC, 3 CH et 5 ex-hôpitaux locaux.

Le retrait de l'activité de soins de médecine à temps complet au CH d'Auxonne a été acté par la décision du 6 décembre 2011.

La fusion des hôpitaux d'Alise-Sainte-Reine, Saulieu et Vitteaux en un seul établissement public de santé à vocation intercommunale est effective au 1^{er} janvier 2012, selon la décision du 30 septembre 2011. Elle se traduit par l'existence d'une seule autorisation de médecine au lieu des deux détenues par les CH de Saulieu et de Vitteaux, Alise-Sainte-Reine ne disposant que d'une autorisation de soins de longue durée.

Ces décisions entraînent la réduction du nombre d'autorisations de médecine de ce territoire de 17 à 15. 6 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 2 cliniques, le CHU, le CLCC, 2 CH.

Nièvre

9 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC (la clinique Tallet de Nevers, suite à l'arrêt du 27 septembre 2011, a cessé son activité de médecine en HC. Le CH de Clamecy, rattaché auparavant au territoire sanitaire Sud Yonne, a intégré celui de la Nièvre): 2 cliniques, 6 CH et 1 ex-HL.

5 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 1 clinique, 4 CH.

Saône et Loire

14 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC : 2 cliniques, 6 CH, 1 ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif) l'Hôtel Dieu du Creusot et 5 ex-HL.

A noter que, par arrêté du 24 juin 2011, le retrait d'autorisation de l'activité de soins de médecine en HC prononcé pour les 2 ex-HL de Tramayes et de Marcigny, entraîne une réduction du nombre d'autorisations de médecine de ce territoire de 16 à 14.

8 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 2 cliniques, 5 CH et 1 ESPIC.

Yonne

8 établissements de santé ont une autorisation de médecine en HC : 2 cliniques, 5 CH et 1 ex-HL.

4 établissements ont une autorisation d'hospitalisation à temps partiel : 2 cliniques, 2 CH.

Les évolutions prévisibles des autorisations sont les suivantes :

Côte d'Or

Lors du regroupement des 3 cliniques dijonnaises du groupe Général de Santé sur le site de Valmy, 1 seule autorisation subsistera.

Ainsi, 13 autorisations de médecine seront recensées au niveau du territoire, dont 5 détenues par des ex-HL.

Au terme de ces opérations, 44 établissements disposeront d'une autorisation de médecine.

Les données d'activité selon SAE 2008 et 2009

	Année	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne
Lits	2008	1290	509	1260	660	3719
	2009	1291	505	1252	664	3712
Entrées	2008	66650	19242	65637	39147	190676
	2009	67352	21738	63962	39235	192287
Journées	2008	388962	160719	381026	212814	1143521
	2009	390797	160693	379752	219171	1150413
TO	2008	86.29	87.43	84.62	88.99	86.37
	2009	86.5	88.28	85.84	91.31	87.4
Places	2008	141	29	76	37	283
	2009	166	29	76	40	311
Venues	2008	21211	2222	2114	4311	29858
	2009	23030	2070	5483	4129	34712

Les services de pédiatrie

- **Côte d'Or :**
4 services de pédiatrie : CHU, clinique Ste Marthe, CH de Beaune, CH de Semur-en-Auxois
1 service de médecine d'urgence pédiatrique
- **Nièvre :**
1 service de pédiatrie : CHAN
- **Saône et Loire :**
5 services de pédiatrie : CH d'Autun, de Chalon, de Mâcon, de Montceau et de Paray-le-Monial
- **Yonne :**
2 services de pédiatrie : CH d'Auxerre et de Sens

Part de l'hospitalisation à temps partiel (HTP)

23 établissements de santé ont une autorisation d'HTP.

311 places sont déclarées dans SAE 2009, soit 7.73% des lits et places installés.

Le nombre de venues a augmenté de 2008 à 2009 : il est passé de 29 858 à 34 712, soit une augmentation de 16,2% (+ 4854 venues).

Pour rappel le taux de recours pour l'HTP n'est supérieur à la moyenne nationale qu'en Côte d'Or.

Le guide méthodologique du ministère prévoit l'identification des sites où sont réalisés des actes techniques de médecine sous anesthésie générale ou locorégionale (secteur interventionnel - actes pouvant être réalisés dans des établissements de santé autorisés en médecine ou chirurgie).

La ventilation par territoire, des autorisations en hospitalisation à temps partiel (HTP) et en anesthésie ou chirurgie ambulatoire (ACA) est la suivante :

- **Côte d'Or** : 6 sites HTP, 8 ACA, 5 sites HTP+ACA, 1 site HTP uniquement : CHIC de Châtillon/ Montbard
- **Nièvre** : 5 sites HTP, 4 ACA, 3 HTP+ACA, 2 sites HTP uniquement : CH de Cosne et CH de La Charité
- **Saône et Loire** : 8 HTP, 7 ACA, 7 HTP+ACA, 1 site HTP uniquement : CH d'Autun
- **Yonne** : 4 HTP, 4 ACA, 4 HTP+ACA.

A noter, les établissements visés ci-dessus, disposant uniquement d'une autorisation d'HTP, sont également titulaires d'une autorisation de médecine en hospitalisation complète.

o Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

En janvier 2011, 18 maisons de santé pluriprofessionnelles sont ouvertes et 21 devraient ouvrir à l'horizon 2011-2012 (cf. partie ambulatoire du SROS).

La finalité des maisons de santé est de proposer aux professionnels de santé un cadre et un mode d'exercice qui favorisent le maintien des professionnels en milieu ambulatoire et doit encourager l'installation de nouveaux professionnels.

Plusieurs maisons de santé bourguignonnes ont enregistré des installations (remplacer un départ ou étoffer l'équipe) même si la situation reste délicate (MSP avec 1 seul médecin généraliste). Ainsi les MSP de Toulon-sur-Aroux, Luzy et Epinac ont permis le recrutement de médecins. Pour d'autres ce n'est pas encore le cas (Moulins-Engilbert, Montsauche-les-Settons).

Au sein des MSP ouvertes en 2010, plus de 50 000 patients ont été soignés en Bourgogne. 42 médecins généralistes, 57 IDE, 27 kinésithérapeutes, 7 psychologues, 15 spécialistes et 37 autres professionnels y exercent.

La MSP moyenne est composée de 12 professionnels de santé, de 2.7 ETP de personnel administratif et accueille 3 600 patients.

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

• Les professions médicales

Les données du tableau ci-dessous, correspondent aux effectifs de médecins salariés et libéraux au 1^{er} janvier 2010 (fichier ADELI).

Les densités de ces professionnels sont calculées pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2010, sur la base des estimations de population 2009 faites par l'INSEE :

Activité	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France
Cardiologue						
* Nombre	54	15	39	27	135	6188
* Densité	10,33	6,82	7,03	7,87	8,23	9,90
* 55 ans et +	37 %	7%	44%	22%	33%	38%
Endocrinologue						
* Nombre	17	3	6	1	27	1564
* Densité	3,25	1,36	1,08	0,29	1,65	2,50
* 55 ans et +						
Gastroentérologue						
* Nombre	36	6	22	11	75	3389
* Densité	6,88	2,73	3,97	3,21	4,57	5,42
* 55 ans et +	33%	67%	41%	64%	43%	33%
Médecin généraliste						
* Nombre	910	285	738	453	2386	100815
* Densité	174.01	129.65	133.01	132.03	145.42	161.37
* 55 ans et +	33%	45%	38%	44%	38%	37%
MPR						
* Nombre	15	7	4	1	27	1767
* Densité	2,87	3,18	0,72	0,29	1,65	2,83
* 55 ans et plus						
Neurologue						
* Nombre	24	1	11	6	42	1947
* Densité	4,59	0,45	1,98	1,75	2,56	3,12
* 55 ans et +						
Pédiatre *						
* Nombre	60	10	35	19	124	6948
* Densité	59,1	25,76	33,06	27,31	39,26	54,03
* 55 ans et +	35%	20%	43%	26%	35%	40%
Pneumologue						
* Nombre	20	7	28	13	68	2680
* Densité	3,82	3,18	5,05	3,79	4,14	4,29
* 55 ans et +	40%	43%	43%	46%	43%	36%

Pour les pédiatres : densité pour 100 000 enfants âgés de 0 à 16 ans.

MPR : médecine physique et de réadaptation

En gras : valeur supérieure ou égale à celle nationale

La Bourgogne présente des densités médicales pour 100 000 habitants inférieures à celles nationales pour toutes les spécialités visées ci-dessus.

Des disparités infrarégionales sont notées :

- la Côte d'Or apparaît comme la mieux dotée avec des densités supérieures aux valeurs nationales sauf pour la pneumologie
- la Nièvre a des densités inférieures à celles nationales sauf pour la MPR
- la Saône et Loire a des densités inférieures à celles nationales sauf pour la pneumologie
- l'Yonne a des densités inférieures à celles nationales pour toutes les spécialités.

• **Les professions paramédicales**

Les données du tableau ci-dessous correspondent aux effectifs de professionnels salariés et libéraux au 1^{er} janvier 2010 (fichier ADELI). Leurs densités sont calculées pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2010, sur la base des estimations de population 2009 faites par l'INSEE :

Activité	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France
Infirmier						
* Nombre	4595	1708	4130	2449	12882	479622
* Densité	878.63	777.02	744.36	713.77	785.14	767.72
Masseur-Kiné						
* Nombre	595	162	432	240	1429	68923
* Densité	113.77	73.70	77.86	69.95	87.10	110.32
Orthophoniste						
* Nombre	139	52	98	56	345	19247
* Densité	26.58	23.66	17.66	16.32	21.03	30.81
Psychologue						
* Nombre	263	120	167	141	691	32205
* Densité	50.29	54.59	30.10	41.09	42.12	51.55
Diététicien						
* Nombre	47	29	58	33	167	6643
* Densité	8.99	13.19	10.45	9.62	10.18	10.63
Psychomotricien						
* Nombre	65	32	36	35	168	7510
* Densité	12.43	14.56	6.49	10.20	10.24	12.02

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

- inférieures à la valeur nationale pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychologues, les diététiciens et les psychomotriciens
- supérieure à la valeur nationale pour les IDE.

Des disparités infrarégionales sont notées :

- la Nièvre a des densités supérieures à celles nationales pour les IDE, les psychologues, les psychomotriciens et les diététiciens
- la Côte d'Or a des densités supérieures à celles nationales pour les IDE, les kinésithérapeutes et les psychomotriciens
- la Saône et Loire et l'Yonne ont des densités inférieures à celles nationales et régionales, (sauf pour les diététiciens dans la Saône et Loire).

La partie ambulatoire du SROS définit par ailleurs les zones fragiles pluriprofessionnelles.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Les réseaux

En 2011, on dénombre en Bourgogne, au titre du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) :

- 13 réseaux régionaux : Néphrologie, OncoBourgogne, Réhabilitation respiratoire, SEP, TAB'AGIR, AVC, Périnatal, Démence Alzheimer, PLURADYS (troubles du développement et/ou

des apprentissages), Douleur, Souffrance psychologique des jeunes de 16 à 25 ans, Sourds Santé Langue des Signes, Urgences.

- 8 réseaux départementaux : RPC-PIM (prise en charge et prévention des infarctus du myocarde) de Côte d'Or, Toxicomanie 21, Diabète (Nièvre, Yonne, Saône et Loire), soins palliatifs (Yonne-SPY et Emeraude 58), Santé mentale Yonne
- 12 réseaux infra départementaux : gériatrique (6 : Dijon, Le Creusot, Autunois, Bresse Bourguignonne, Pays Charolais, Arroux Bourbince), périnatal (3 : Sud Nivernais Morvan, Autunois Morvan, Sud Yonne), soins palliatifs Pléiade 71, REMED Addictions, ERIC du Mâconnais (insuffisance cardiaque).
- 8 réseaux polyvalents de proximité : groupement de professionnels de santé, coordination sanitaire et sociale....

L'articulation des entrées et des sorties des établissements avec la médecine de ville et les hôpitaux locaux, la préparation du retour à domicile font partie du cahier des charges des réseaux dont notamment ceux de gériatrie majoritairement infradépartementaux. Il n'y a pas de véritable coordination des réseaux entre eux, leur regroupement en fédération ne s'étant pas opéré.

La démographie médicale

La situation défavorable de la démographie médicale et la répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire constituent un frein dans l'organisation et le fonctionnement des soins en médecine.

Le projet de décret relatif à la médecine prévoit, pour les établissements disposant d'une autorisation de médecine, la mise en place d'une continuité médicale des soins sur place ou par voie d'astreinte. Compte tenu de la situation évoquée ci-dessus, cette obligation risque d'être difficile à mettre en œuvre, notamment pour les ex-hôpitaux locaux.

Le maillage territorial et l'offre de proximité

La région se caractérise par :

- un taux d'équipement en médecine supérieur à la moyenne nationale, la situant en 2^{ème} position après le Limousin (taux d'équipement de 2.9) et au même niveau que la Lorraine et la Basse Normandie
- l'existence de 12 ex-hôpitaux locaux représentant une capacité de 176 lits (unité ou service allant de 6 à 25 lits), dont la majorité est en Côte d'Or et en Saône et Loire (1 ex-HL dans la Nièvre et 1 dans l'Yonne).

La mise en place de la T2A, avec ses conséquences supposées (définition d'une taille critique) sur des services de petites capacités, avec des durées moyennes de séjour longues, risque d'aller à l'encontre du principe de maillage du territoire avec des réponses de proximité.

Cette taille critique pourra conduire à des restructurations soit par :

- spécialisation des sites sur un même bassin de population : établissements ayant chacun une activité de médecine et de SSR, possibilité de regrouper celle de SSR sur un site et celle de médecine sur l'autre,
- abandon de l'activité : le report même partiel de cette activité sur un autre site ne pourra s'opérer qu'à la condition que cela réponde aux besoins des patients du bassin.

Les consultations avancées

Elles génèrent un coût non négligeable pour l'établissement de santé qui assure leur mise en place : temps de déplacement pour le praticien, absence d'activité pour le CH, contrepartie financière pas à la

hauteur de l'investissement. La mise en œuvre de ces consultations est fonction de circonstances particulières comme par exemple l'existence d'assistant spécialiste partagé et des moyens dont dispose le CH (s'il n'y a qu'un seul praticien dans la spécialité, il est impossible d'organiser des consultations avancées).

La télémédecine mise en place entre un site de recours et un site de proximité est certes profitable pour le patient, mais n'a eu aucune reconnaissance tarifaire, ce qui peut conduire à son abandon.

Au regard de l'évolution des MIG, il devient de plus en plus difficile de maintenir ce type d'activité.

La télémédecine est appelée à se développer, mais il convient que son coût soit identifié et tarifé.

La coopération entre les professionnels

Celle entre les professionnels de santé des différents sites hospitaliers n'est pas très développée, ce qui peut aboutir à une insuffisance de préparation de la sortie du patient de court séjour, avec notamment un défaut d'orientation de celui-ci dans la structure la plus adaptée à ses besoins.

La qualité des informations médicales

La nature des informations médicales fournies par le prescripteur conditionne l'élaboration du projet thérapeutique du patient et l'adéquation de l'établissement à ses besoins. Plus celles-ci seront exhaustives, plus l'orientation du patient dans une structure sera pertinente.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n°1 : permettre un accès aux soins de médecine selon une offre graduée en 3 niveaux

La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte 4 niveaux (dont 3 de recours), selon le guide méthodologique de la DGOS pour l'élaboration du SROS-PRS du Ministère.

Le niveau 1 correspond notamment à des établissements de santé polyvalents mais de taille limitée, et dont l'activité est uniquement programmée et concentrée sur la médecine. Ils ne sont pas tenus d'assurer la permanence des soins. Pour autant, ce niveau peut disposer d'une structure des urgences ou d'une antenne de SMUR intégrée dans le réseau des urgences. Il est étroitement articulé avec l'offre ambulatoire qui repose sur les médecins généralistes et spécialistes, les réseaux, centres, maisons et pôles de santé.

Le niveau 2 est représenté par les établissements ayant une activité de médecine situés dans les villes suivantes : Dijon et son agglomération, Beaune, Semur-en-Auxois, Nevers, Decize, Cosne-sur-Loire, Communauté urbaine Creusot-Montceau, Mâcon, Chalon-sur-Saône, Paray-le-Monial, Autun, Auxerre et Sens. Il se caractérise par une activité à la fois programmée et en urgence, avec une obligation de permanence des soins. Il concerne des établissements ayant un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie.

Le niveau 3 constitue un niveau de recours régional soit pour des activités hautement spécialisées, soit pour une offre de recours en cancérologie, représentés par le CHU et le Centre Georges François Leclerc.

Dans chaque territoire de santé, les projets hospitaliers de territoire, tels que précisés en introduction du schéma hospitalier, devront définir les missions et articulations des établissements de niveau 1 et 2 de leur ressort, afin de satisfaire la presque totalité des besoins de la population.

Cette gradation permet une offre de proximité, dont le maintien est préconisé par le guide méthodologique du ministère. Les établissements de santé du premier niveau participent à cette offre de proximité avec les maisons de santé pluriprofessionnelles, les réseaux et les pôles de santé.

Comme indiqué ci-dessus, peu d'ex-hôpitaux locaux sont adossés à des maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette modalité est proposée par les objectifs généraux du SROS afin d'asseoir l'offre de soins de proximité dans un contexte de démographie médicale peu favorable. Néanmoins, cette offre de proximité doit également répondre à des critères d'efficience et de taille critique qui seront a priori définis par la mise en place de la T2A.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Faire évoluer a minima les autorisations de médecine de 46 à 44	Révision des autorisations
Objectif spécifique n°2 Accompagner les ex-hôpitaux locaux dans le cadre de la mise en place de la T2A et prendre en compte son impact en termes de fonctionnement (regroupement ou arrêt d'activité) et d'autorisations (diminution)	Mise en place d'un groupe de suivi pluriprofessionnel et appui personnalisé par l'ARS auprès des établissements concernés
Objectif spécifique n°3 Poursuivre le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, notamment celles adossées aux CH de niveau 1	Cf. partie ambulatoire du SROS

3.2 Objectif général n°2 : diversifier l'offre de prise en charge en médecine

La Bourgogne a un taux de recours en hospitalisation complète (HC) supérieur à la moyenne nationale (911) et inférieur en hospitalisation à temps partiel (HTP) (253). Seule la Côte d'Or a une valeur inférieure à la moyenne nationale en HC et supérieure en HTP. Ces données laissent supposer qu'une évolution de l'HTP est possible.

L'article R.6121-4 du code de la santé publique précise : « dans les structures d'HTP, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale ».

Il n'y a pas de liste précise d'actes à réaliser en HTP. Il n'est pas possible d'étudier les actes réalisés à l'heure actuelle en HC qui pourraient l'être en HTP, il est ainsi difficile d'évaluer la marge d'évolution de l'HTP, hormis le rapprochement de la valeur nationale.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Poursuivre le développement de l'hospitalisation à temps partiel	Autorisations et CPOM
Objectif spécifique n°2 Définir la liste d'actes entrant dans ce champ	Mise en place d'un groupe de travail

3.3 Objectif général n°3 : développer une filière de prise en charge des patients

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Développer les consultations avancées sur les sites de proximité	Etude à mener pour une éventuelle levée des freins à la mise en place de ces consultations (notamment coût, disponibilité médicale...)
Objectif spécifique n°2 Améliorer la coordination entre les sites de recours infrarégional et de proximité permettant aux sites de proximité d'assurer un rôle d'aval	Postes médicaux partagés, dossiers médicaux communs partagés et DMP (dossier médical personnel), applications de télémédecine
Objectif spécifique n°3 Prendre en compte la structuration de la filière de soins en médecine dans le cadre des projets médicaux des futures communautés hospitalières de territoire (CHT)	
Objectif spécifique n°4 Organiser au niveau du site de proximité la sortie du patient dès l'admission et formaliser les liens avec les professionnels libéraux et les structures médicosociales	
Objectif spécifique n°5 Favoriser l'échange d'informations entre les différents sites afin d'assurer l'orientation du patient dans le service le plus adapté à ses besoins ainsi que sa sortie	

3.5 Objectif général n°5 : réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements MCO

Les conduites addictives* ont des conséquences sanitaires et sociales multiples et importantes en termes de morbidité, mortalité, délinquance et désinsertion familiale et sociale. Elles sont à l'origine de certains recours hospitaliers, bien qu'elles ne soient pas toujours repérées lors de ceux-ci.

De façon générale, les établissements publics de santé sont habilités à offrir des soins aux patients ayant une conduite addictive quelle qu'elle soit, en fonction des compétences de ses praticiens : en particulier, depuis 2002 les praticiens hospitaliers peuvent effectuer des primo-prescriptions de méthadone, jusqu'à cette date réservées aux médecins des centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

L'offre et l'activité hospitalières en addictologie font l'objet d'une enquête annuelle déclarative, à l'initiative de la DGOS, pour assurer le suivi quantitatif du plan national de prise en charge et de prévention des addictions, qui a structuré l'addictologie hospitalière en trois niveaux de soins. La synthèse de cette enquête 2010 pour la Bourgogne, réalisée par l'ARS, montre une amélioration par rapport à 2009 mais il reste encore beaucoup à faire pour couvrir le territoire bourguignon, assurer un repérage des conduites addictives chez les patients ayant recours à l'hôpital et proposer un parcours de soins cohérent aux personnes recourant aux établissements de santé.

Le partenariat avec la médecine de ville et les établissements médico-sociaux addictologiques (CSAPA) ainsi que la coopération entre établissements de santé jouent aussi ici un rôle important.

* L'addiction est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible d'un comportement ou d'un produit, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Doter chaque établissement de santé accueillant des urgences d'une équipe hospitalière de liaison en addictologie (ELSA), de consultations et de lits de sevrage simple (niveau 1 en addictologie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir à un niveau suffisant le financement du personnel des ELSA (MIG) - Piloter le déploiement des ELSA en fonction des besoins, en propre ou par convention, avec un établissement déjà doté - Rendre accessible les consultations d'addictologie, au moins pour les 3 produits principaux (alcool, tabac, opiacés) et, dans l'hypothèse où les CH (MCO) ne pourraient les assurer, établir une coopération avec un CH de psychiatrie ayant une consultation ou un partenariat formalisé avec le CSAPA du territoire de proximité. - Veiller à l'accessibilité au sevrage
<p>Objectif spécifique n°2 Disposer d'un niveau 2 en addictologie (niveau 1 plus soins complexes, hôpital de jour, avec ou sans soins de suite avec mention conduites addictives) dans chacun des 3 territoires de santé hors Côte-d'Or, voire deux pour le territoire de la Saône-et-Loire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération des différents établissements sur chacun des sites de Nevers et d'Auxerre pour aboutir à la reconnaissance d'une unité de soins complexes résidentiels et d'un hôpital de jour en référence au cahier des charges ARS - Projet d'hôpital de jour à Mâcon - Evaluer le besoin éventuel sur le site de Chalon
<p>Objectif spécifique n°3 Construire un niveau 3 en addictologie (niveau 2 plus formation universitaire et recherche) à Dijon</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire aboutir le projet de coopération entre le CHU, le CHS et le SSR avec mention conduites addictives du Renouveau

Gradation des soins	Territoires de santé			
	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Niveau 1	6	5	6	4
Niveau 2	5	4	8	4
Niveau 3	2			
Total	13	9	14	8

Cette répartition est susceptible d'être modifiée en fonction des projets de fusion/regroupement/transfert et des conséquences de la mise en œuvre de la T2A sur les ex-hôpitaux locaux.

4.2 Missions de service public

L'activité médecine est concernée par la mission de service public « permanence des soins » selon la répartition mentionnée dans le schéma-cible.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

L'objectif est de développer les maisons de santé pluriprofessionnelles et de favoriser leur implantation auprès des centres hospitaliers de niveau 1 pour faciliter les complémentarités.

4.4 Coopérations

Prise en compte de la structuration de la filière de soins en médecine dans le cadre des projets médicaux des futures communautés hospitalières de territoire.

5 Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins

Au regard du vieillissement de la population et dans l'attente de la parution des décrets sur la médecine et la chirurgie, ainsi que des données liées à la mise en place de la T2A, le maintien de l'offre globale de médecine est posé.

Seul est pris en compte, a minima, le projet de regroupement des trois cliniques de la Générale de Santé à Dijon.

5.1 Implantations

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	15	13
Nièvre	9	9
Saône et Loire	14	14
Yonne	8	8
Total sur la région	46	44

D'autre part, en cas de disponibilité d'une autorisation suite à l'arrêt de l'activité ou à une procédure de transfert/regroupement ou autre, le nombre d'autorisations du territoire de santé concerné sera réduit à due concurrence dans le cadre d'une procédure de révision du SROS propre à ce territoire.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

La gradation des soins est préconisée avec un niveau 1 (de proximité), articulé avec l'offre de premier recours.

5.3.2 Accessibilité financière

Non concerné