



Synthèse de l'atelier n°5

Dynamiques des politiques territoriales de santé

> Rôle et place de chacun

14 et 15 octobre 2008

Nancy

15 ATELIERS, 3 CONFÉRENCES, 1 TABLE RONDE, 300 ACTEURS TERRITORIAUX ATTENDUS : ÉLUS, PROFESSIONNELS DE SANTÉ DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES, DE LA MÉDECINE LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE, DU SECTEUR ASSOCIATIF, REPRÉSENTANTS DE L'ÉTAT, CHERCHEURS, FORMATEURS, ...

• • www.lorraine.cnfpt.fr

cnfpt

centre national de la fonction publique territoriale

Sommaire

Atelier 5 / Organisation des soins et territoires.....	3
Deux actions du dispositif de réussite éducative de Sartrouville : amélioration du parcours de soins ophtalmologiques et du parcours de soins orthophoniques	3
❖ Contexte	3
❖ Méthode.....	3
❖ Bilan	3
Recours aux soins – urgences médicales : une dynamique de projet partagé.....	4
❖ Origine de la réflexion.....	4
❖ Hypothèses de travail.....	4
❖ Axes d'intervention	4
❖ Conclusion.....	5
Politique régionale de déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie : exemple d'une dynamique partenariale	5
❖ Contexte	5
❖ Définition et rôle du pôle.....	5
❖ Des critères d'implantation	5
❖ Une volonté collective.....	6
❖ Conditions de réussite, freins et perspectives	6
Quelle place pour les élus dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ? L'exemple des conseillers régionaux et des présidents de conférence sanitaire de territoire	6
❖ Contexte	6
❖ Méthode de l'étude.....	7
❖ Résultats généraux de l'étude	7
❖ Résultats sur le rôle des élus.....	7
Echanges avec la salle	7
SIGLES	11

Intervenants

<i>Claude SORET</i>	3
<i>Isabelle CHABIN-GIBERT</i>	4
<i>Françoise DUMAY</i>	5
<i>Hervé MICHEL</i>	6
<i>Laurent EL GHOZI</i>	7
<i>Annie-Claude MARCHAND</i>	9

Nota : ce document est une synthèse des interventions et des échanges. Les propos ne sont pas repris dans leur intégralité mais condensés.

Atelier 5 / Organisation des soins et territoires

Animé par Annie-Claude MARCHAND, chef de département partenariats et développement régional (INPES) et Laurent EL GHOZI, président « Elus, santé publique & territoires ».

Deux actions du dispositif de réussite éducative de Sartrouville : amélioration du parcours de soins ophtalmologiques et du parcours de soins orthophoniques

CLAUDE SORET

Directeur des affaires sanitaires – ville de Sartrouville (78)

Je souhaite vous présenter deux outils pratiques, le Passeport lunettes et le Passeport langage mis en place pour améliorer respectivement le parcours de soins ophtalmologiques et orthophoniques des enfants de Sartrouville.

❖ *Contexte*

Sartrouville est peuplée de 53 000 habitants, dont 20 000 sont en Zones urbaines franches (ZUF). La ville a fait l'objet d'un Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) présentant un volet santé. Mais la particularité de la ville est de disposer d'un centre municipal de santé.

❖ *Méthode*

Un groupe de travail ophtalmologie pluridisciplinaire¹ s'est constitué pour échanger sur la problématique des troubles de la vue chez l'enfant. Ensemble, nous avons identifié les obstacles au parcours de soins ophtalmologiques et réalisé l'outil Passeport lunettes, qui délivre aux parents tous les renseignements nécessaires (liste de spécialistes, modalités de prise en charge des soins, etc.).

De la même façon, nous avons mis en place un groupe de travail orthophonie rassemblant divers métiers² dont les membres ont échangé sur leur vision du trouble du langage et identifié les obstacles au parcours de soins. Cette réflexion a abouti à la création d'un guide d'accompagnement contenant : informations pratiques, listes des orthophonistes de la ville, définition d'un trouble du langage, etc.

❖ *Bilan*

Ces documents ont commencé à être distribués en septembre 2008 ; il est donc encore trop tôt pour en mesurer les impacts. Mais, d'ores et déjà, nous avons pris conscience de **l'intérêt de construire un réseau de professionnels sur un même territoire**.

Nous n'avons pas rencontré de difficultés politiques particulières, la municipalité étant fortement engagée dans la prévention santé.

¹ Médecin généraliste, médecin de Protection maternelle et infantile (PMI), ophtalmologiste, opticien, enseignant, etc.

² Médecin généraliste, pédopsychiatre, orthophoniste, enseignant, psychologue scolaire, etc.

En revanche, la compréhension des dispositifs financiers et le montage des dossiers de subvention nous ont parus très complexes.

Cette initiative partie du terrain a suscité un enthousiasme mobilisateur des acteurs locaux, qui nous laisse, en résumé, un assez fort sentiment de satisfaction.

Recours aux soins – urgences médicales : une dynamique de projet partagé

ISABELLE CHABIN-GIBERT

Médecin de santé publique – ville de Saint-Denis (93)

La dynamique Recours aux soins – urgences médicales a été initiée par la ville de Saint-Denis, qui abrite 95 000 habitants et se situe dans un département qui cumule un certain nombre de difficultés.

❖ *Origine de la réflexion*

La ville a convié les responsables des services d'urgences hospitalières et les médecins de proximité à réfléchir autour des questions suivantes :

- quel dispositif local d'accès aux soins urgents ?
- comment créer un réseau coordonné de soins d'urgence entre médecins de proximité et hôpital ?
- comment développer un meilleur accueil de proximité dans les quartiers ?
- comment prévenir les recours dits « abusifs » ?

Les participants se sont accordés sur le fait qu'il ne fallait pas focaliser leur action sur les urgences hospitalières, mais que la réflexion devait porter sur le système de soins de la ville dans son entier, en particulier sur l'accès au soins de premier recours.

❖ *Hypothèses de travail*

Deux alternatives ont été étudiées :

- conforter les réponses hospitalières ; renforcer la fonction d'hospice propre à l'hôpital
- soutenir les soins de médecine générale de ville dans le cadre d'une démarche de « soins de santé primaires » ; mieux les répartir sur le territoire et encourager les usagers à un autre mode de fonctionnement.

C'est la seconde option – plus cohérente – qui a été choisie.

❖ *Axes d'intervention*

Après une analyse approfondie de la situation locale (par enquêtes) trois axes d'intervention se sont dessinés :

- renforcer la permanence des soins et valoriser la garde médicale libérale ; création d'une maison médicale de garde en dehors de l'enceinte de l'hôpital (les patients y sont orientés soit par le numéro 15 de régulation des appels téléphoniques d'urgence, soit par le service des urgences)
- développer une offre de soins attractive de ville ; le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié
- associer l'usager à ce travail de réorganisation à travers des ateliers, une campagne de communication...

❖ Conclusion

En conclusion, **la problématique des urgences est révélatrice des défaillances qualitatives et/ou quantitatives du système de soins**. Son traitement repose sur un maillage coordonné de réponses, adaptées à la réalité locale, et suppose de mobiliser de nombreux acteurs du territoire.

Politique régionale de déploiement des pôles de santé libéraux et ambulatoires en Basse-Normandie : exemple d'une dynamique partenariale

FRANÇOISE DUMAY

Médecin inspecteur de santé publique DRASS de Basse-Normandie

❖ Contexte

La Basse-Normandie, constituée de deux grandes villes – Caen et Cherbourg – et d'un tissu de villes moyennes, est une région délaissée par les médecins.

Dans un contexte d'actions de soutien à la démographie médicale menées depuis plusieurs années par l'Union régionale des Caisses d'assurance maladie (URCAM), le conseil régional et les conseils généraux, l'Union régionale des médecins libéraux (URML) a porté le concept de pôle de santé libéral et ambulatoire.

❖ Définition et rôle du pôle

Le Pôle de santé libéral et ambulatoire (PSLA) est un regroupement de professionnels de santé, volontaires, pour assurer les soins de premiers recours et des missions élargies. Il s'inscrit dans un projet de santé pour la population d'un bassin de vie. Cette organisation cohérente travaille en synergie avec les établissements et services sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux, les associations de promotion de la santé et de prévention et les usagers.

Le PSLA poursuit plusieurs missions élargies :

- veille sanitaire, épidémiologie
- promotion de la santé et prévention
- éducation thérapeutique à la charge du pôle ou en lien avec d'autres structures (établissements de santé, réseaux).

❖ Des critères d'implantation

Des critères d'implantation ont été identifiés :

- un bassin de vie de 10 000 à 15 000 habitants
- un temps d'accès au pôle de 15 à 20 minutes
- une masse critique de professionnels de santé (autour de 15)
- un nombre significatif de professionnels de santé issus du territoire
- une coopération avec les établissements et réseaux de santé, les établissements et services médico-sociaux et sociaux.

L'implantation du PSLA doit aussi tenir compte des perspectives démographiques du bassin de vie et tendre vers la cohérence avec les zones administratives et les territoires de santé SROS³ et les secteurs PDS⁴.

❖ *Une volonté collective*

Les PSLA sont la traduction d'une démarche régionale qui sera formalisée par la signature d'une charte multipartenariale par l'URML, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), URCAM, la Mission régionale de santé (MRS), conseil régional et conseils généraux, université, professionnels de santé, usagers...

Fruit d'une élaboration collective cette réflexion sur l'organisation territoriale a donné lieu à la production d'un guide pour les professionnels et les élus et à la mise en place d'un guichet unique pour les questions de financements.

❖ *Conditions de réussite, freins et perspectives*

La forte implication des professionnels, à l'origine du PSLA, et des élus a permis la réalisation du projet à partir d'un diagnostic fait en commun. Si la multiplicité des acteurs est une condition favorable, il est essentiel de définir le rôle de chacun.

Une autre condition de réussite du projet est la mise en cohérence des financements.

Les médecins ont trouvé la fiscalité et le statut juridique des structures regroupées difficiles à appréhender.

Aujourd'hui, nous travaillons à l'évaluation de notre action et souhaitons intégrer le dispositif dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique régionale.

Quelle place pour les élus dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ? L'exemple des conseillers régionaux et des présidents de conférence sanitaire de territoire

HERVE MICHEL – ALAIN JOURDAIN

Docteur en science politique, chargé d'étude – Ecole des hautes études en santé publique

❖ *Contexte*

La création des SROS (I, II et III) s'est inscrite dans un processus de régionalisation de l'action sanitaire. Avec la genèse du SROS III, s'est opérée une sorte d'institutionnalisation de la place des élus, de plus en plus impliqués dans l'organisation du dispositif sanitaire.

L'évolution de la place des élus amène à réfléchir aux limites de leur intégration et à leur valeur ajoutée dans l'organisation sanitaire. L'avis des élus s'aligne-t-il sur l'expertise médicale et sur l'organisation de l'offre de soins, ou permet-il d'élargir le débat en fonction de leur conception politique de l'organisation sanitaire ?

³ Schéma régional d'organisation sanitaire

⁴ Permanence des soins

❖ *Méthode de l'étude*

A la demande de l'Association des régions de France (ARF), nous avons dressé un bilan de la mise en œuvre des SROS III, de mai 2007 à février 2008 :

- analyse de l'ensemble des SROS III
- entretiens complémentaires avec des représentants des 22 ARH métropolitaines
- analyse du mode de mise en œuvre des SROS III dans six régions.

Cette étude a permis de mesurer les écarts entre la vision étatique des SROS et la mise en œuvre pratique sur le terrain, et d'identifier les différents acteurs des SROS et leur logique de participation selon les régions.

❖ *Résultats généraux de l'étude*

L'étude a révélé que les exigences réglementaires étaient bien respectées dans les régions mais que des difficultés apparaissaient au moment de l'application aux territoires.

Nous avons constaté que les élus étaient bien impliqués dans la mise en œuvre des SROS, et que leur participation était même une condition de cette mise en œuvre.

❖ *Résultats sur le rôle des élus*

L'étude a permis d'identifier trois niveaux d'intervention différents des élus :

- les maires ; pour la défense des emplois et de leurs hôpitaux et/ou cliniques
- les présidents de conférences sanitaires de territoires ; dans une fonction de régulateur, variable selon les élus
- le conseil régional ; dans un rôle de contre-pouvoir et/ou de partenaires, ou encore de simple observateur.

L'étude a aussi mis en évidence trois conceptions politiques différentes du rôle des élus :

- défense de proximité (maintien de l'hôpital et de ses emplois)
- aménagement du territoire sanitaire (accessibilité aux soins, équité territoriale)
- gouvernance régionale (démocratisation du mode de pilotage du système, organisation territoriale graduée et mise en réseau).

Globalement, on observe l'intégration progressive par les élus de la logique de concentration.

Echanges avec la salle

LAURENT EL GHOZI

Animateur de l'atelier, Président « Elus, santé publique & territoires »

Ces retours d'expériences nous montrent que, quel que soit l'initiateur du projet, **la démarche réussit si les acteurs ont envie de travailler ensemble**. Les élus sont incontournables dans la mise en œuvre de ces démarches locales, même s'ils n'en sont pas à l'initiative.

De la salle

La diversité des contextes, et notamment du poids des élus, d'une région à l'autre représente une difficulté ; il faut que nous arrivions à plus de stabilité.

Le positionnement défensif des élus a aussi montré ses limites. Par exemple, un comité de défense s'est constitué pour empêcher la fermeture d'un hôpital. Pourtant, les professionnels médicaux n'étaient plus suffisamment nombreux pour assurer l'activité et les patients reconnaissaient eux-mêmes qu'ils ne se tournaient généralement pas vers cet hôpital.

De la salle (Alain JOURDAIN, professeur de sociologie, enseignant-chercheur à l'école des Hautes études en santé publique)

La configuration des élus régionaux est une variable dont il faut tenir compte lors de la construction des logiques de planification régionale. Une des conditions de réussite est de veiller à ce que chacun s'entienne à remplir son rôle. L'introduction dans le débat de questions relatives au seul intérêt des élus locaux représente généralement un obstacle.

De la salle (Alain BEAUPIN, Centre municipal de santé, Vitry)

L'aspect financier d'un projet de regroupement de professionnels médicaux (notamment, des coûts de structure plus importants) freine les médecins souhaitant s'associer.

De la salle (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports)

Il faut veiller à ne pas confondre élus et responsables exécutifs locaux qui sont des personnes ayant la compétence de décider et de financer.

Il ne faut pas non plus entretenir l'idée qu'il existe un type de planification idéal et que l'application à l'échelle régionale est dégradée.

De la salle (représentante d'une association de traumatisés crâniens)

En tant qu'association, nous avons des difficultés à nous faire entendre dans le cadre des SROS et, de ce fait, à obtenir des fonds alors qu'il y a urgence à traiter la problématique de prise en charge des traumatisés crâniens.

Laurent EL GHOZI

Les conférences sanitaires de ce secteur sont peut-être le lieu où vous pourrez être le mieux entendus. Mais cette problématique entre désormais dans le champ du handicap et est mieux prise en compte qu'il y a dix ans.

Il n'existe pas de modèle type de politique de santé alors comment assurer une égalité de traitement à toutes les régions ?

Comment les élus deviennent-ils acteurs d'une politique de santé ? Doivent-ils être sensibilisés, doivent-ils être formés pour pouvoir être des interlocuteurs à part entière ?

ANNIE-CLAUDE MARCHAND

Animatrice de l'atelier, Chef de département partenariats et développement régional, INPES

Parmi les conditions de réussite d'un dispositif de santé, je soulignerai la notion de **diagnostic partagé qui doit être un préalable à tout nouveau projet**. Il est un endroit d'échange qui permet aux uns et aux autres de mieux se connaître et de bousculer leurs représentations.

Parmi les freins à la réussite, je citerai la diversité des territoires, les points de désaccord entre acteurs (qu'il faut identifier dès le début du projet), les différences de langage.

Il me semble très pertinent que le projet aboutisse à un produit (comme le Passeport lunettes), pour que la réflexion menée soit visible et concrétisée.

Isabelle CHABIN-GIBERT

Dans le cadre du projet de Saint-Denis, nous avons mis trois années pour bien distinguer centre médical de garde et hôpital, en particulier pour trouver le lieu le plus adapté. Ce n'est qu'après avoir trouvé et équipé le local que nous avons pu mobiliser les médecins.

D'un point de vue financier, le centre de santé est hébergé par la Maison de santé de Saint-Denis ; d'ailleurs, c'est le tampon de la Maison de santé qui figure sur les ordonnances délivrées par le centre.

Pour le moment, les patients du centre ne nous sont envoyés que par les urgences hospitalières.

De la salle

Dans le cadre du projet de PSLA, aviez-vous localisé des zones prioritaires pour l'implantation de pôles de santé ?

Françoise DUMAY

Le projet a concerné des zones non déficitaires : le PSLA devait répondre à un besoin organisationnel plus qu'à un manque de compétences médicales sur un territoire.

Hervé MICHEL

En France, la régionalisation est récente ; ce processus nécessite que les élus s'approprient les politiques publiques.

Par ailleurs, les tensions politiques que l'on peut rencontrer entre communes et départements, départements et régions se répercutent au niveau de la construction du territoire.

Laurent EL GHOZI

On observe aussi une méfiance réciproque entre élus locaux et Etat ; la parole de l'élu étant *a priori* suspecte et *vice versa*. L'Etat ne souhaite pas partager son pouvoir.

Annie-Claude MARCHAND

Nous retiendrons comme facteurs favorisant la mise en place d'un dispositif local de santé :

- l'implication des élus et, bien sûr, des professionnels
- le diagnostic partagé qui fait rapidement consensus

- la bonne répartition des rôles, qui donne à chacun sa place
- la mise en cohérence des financements
- le caractère concret du projet, aboutissant à une production
- un temps suffisant laissé à la réflexion.

Et comme difficultés :

- la complexité des dispositifs (besoin de temps d'appropriation et d'intégration des dispositifs)
- les représentations différentes des uns et des autres
- la nécessité des élus d'acquérir des connaissances
- le temps nécessaire pour que les uns et les autres évoluent.

Parmi les perspectives d'amélioration du processus de réflexion, je citerai le fait qu'il faille partir des besoins, de la personne et du territoire, et la nécessaire étape d'évaluation.

Laurent EL GHOZI

J'ajouterai à cela : la construction d'une cohérence entre offre de soins hospitaliers et offre libérale, et l'application du paiement à l'acte de l'activité médicale.

La loi devrait pouvoir aider à améliorer cela.

La construction de dispositifs locaux vise-t-elle à pallier les défaillances du système de santé publique ? La tension entre désintégration du système de santé publique et fabrication de réponses locales ne participe-t-elle pas à l'inégalité entre territoires ? Une chose est sûre, **la réflexion menée localement est productive**, comme en ont témoigné nos intervenants.

SIGLES

ARF : Association des régions de France

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MRS : Maison régionale de santé

PDS : Permanence des soins

PMI : Protection maternelle et infantile

PSLA : Pôle de santé libéral et ambulatoire

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

URCAM : Union régionale des Caisses d'assurance maladie

URML : Union régionale des médecins libéraux

ZUF : Zone urbaine franche

ESPT : association « Elus, Santé Publique & Territoires »

Réalisation de la synthèse :



CONSEIL RÉDACTION ÉDITION

www.averti.fr
Tél. : 03 20 13 02 02