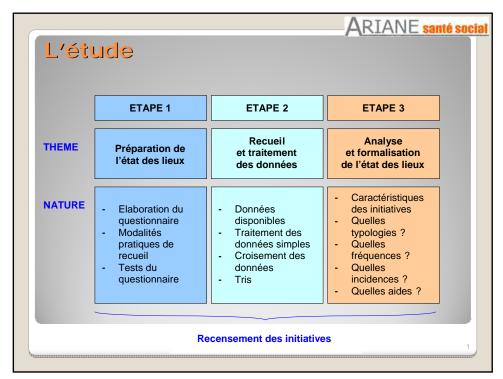
Développer une politique de santé dans les territoires ruraux : quel rôle possible pour les intercommunalités ?

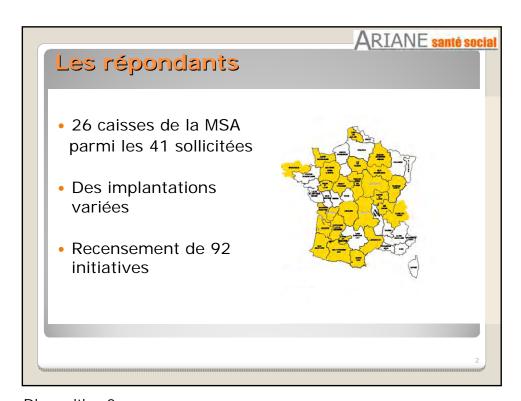
ANNEXES

ANNEXE 1.

Cabinet Ariane Santé Social : Etat des lieux des initiatives locales pour maintenir des professionnels de santé en milieu rural



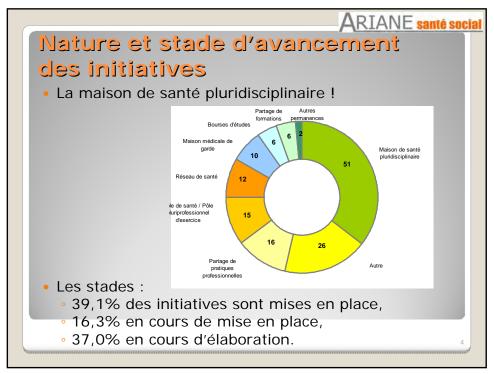
Diapositive 1



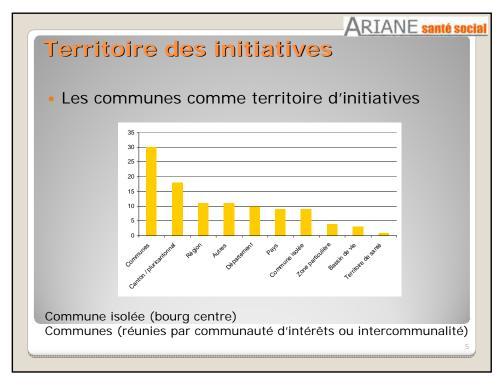
Diapositive 2



Diapositive 3



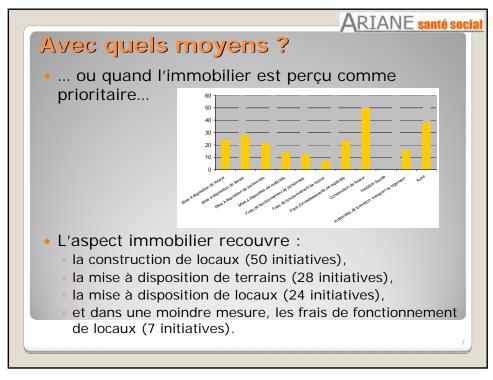
Diapositive 4



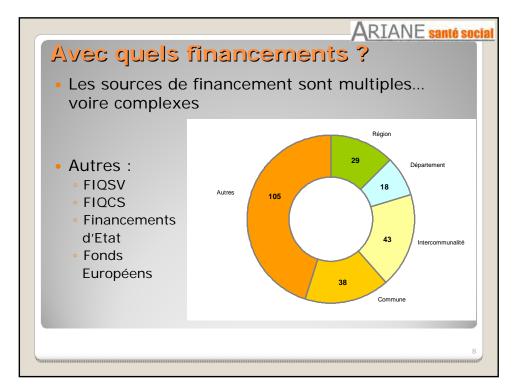
Diapositive 5



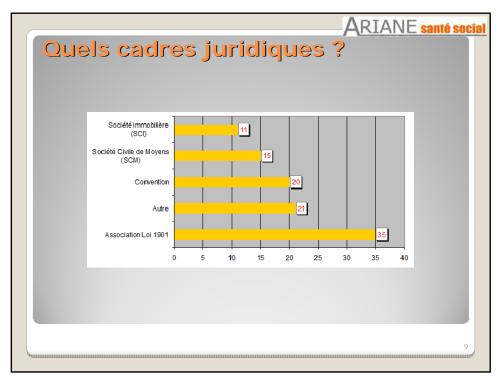
Diapositive 6



Diapositive 7



Diapositive 8



Diapositive 9

Les obstacles • Un obstacle majeur : le Temps !, et plus particulièrement les délais de conception et de mise en œuvre des initiatives • « Plusieurs mois ont été nécessaires pour mettre en place de façon effective... », • « Le temps d'approbation de tous les acteurs », • « Lenteur de la mise au point du projet risquant de décourager certains partenaires », • « Contraintes de planning », • « Lourdeur de la conduite de tels projets : 5 ans de préparation, près de 150 réunions de travail »... • ... pour quel projet de prise en charge ?

Diapositive 10

ARIANE santé social

Les facteurs de succès

- L'humain!
 - « Forte adhésion des professionnels de santé »,
 - « Une volonté de tous les médecins »,
 - « Mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé »,
 - « Participation active du terrain »,
 - « Volonté de terrain et promoteur actif »,
 - « L'intérêt manifesté par les professionnels de santé impliqués »,
 - « Motivation des professionnels locaux et soutien des élus locaux »...
- Professionnels de santé et élus

11

Diapositive 11

ARIANE santé social

Les facteurs de succès

- L'organisationnel
 - la mise à disposition d'outils : « outil d'aide à la constitution du dossier », « création d'une association mobilisant la population autour du projet »,
 - le partage de connaissance,
 - la gestion de projet...



Diapositive 13

ANNEXE 2.

Démarche engagée par la MSA des Côtes normandes et la communauté de communes du Pays de Condé et de la Druance (14)



Communauté de Communes du Pays de Condé et de la Druance

Pour l'excellence d'une offre durable de santé

Le Pôle de Santé pluridisciplinaire de Condé-sur-Noireau

(Basse-Normandie)

Diapositive 1

Constats et problématiques

- Une population qui n'a cessé de diminuer depuis 20 ans, aujourd'hui stabilisée
- Un passé industriel avec des conséquences en terme de santé publique : un siècle de travail de l'amiante
- Une démocratie (démographie) médicale fragilisée :
 - Une population médicale inquiète de son renouvellement (5 départs en retraite sur huit médecins généralistes, situation similaire pour les dentistes)
 - Une population médicale inquiète du devenir de l'offre de soins (le cabinet de radiologie vient de fermer suite à un départ en retraite non remplacé)
- Des signes positifs : depuis six mois (date?), l'arrivée d'une nouvelle génération de praticiens avec un dentiste, un kinésithérapeute, une diététicienne.

Une politique régionale déclinée au plan local

Pourquoi créer un pôle de santé :

- éviter une pénurie de professionnels de santé pour maintenir et consolider une offre de soins sur un territoire donné.
- répondre à de nouveaux modes d'organisation en matière de prévention et de surveillance.
- accueillir des générations nouvelles qui désirent travailler en équipe.

Le pôle de santé répond à ces nécessités : consolider l'offre de soins tout en développant un nouveau modèle d'organisation.

3

Diapositive 3

La création d'un pôle de santé libéral et ambulatoire

- inscrite dans une politique régionale de renforcement de la démographie des p rofessionnels de santé dans la région et de renouveau organisationnel
- portée initialement par l'Union Régionale des Médecins Libéraux, le Conseil Régional et l'URCAM, et soutenue par l'ensemble des partenaires engagés par la signature de la charte régionale.
- enjeu majeur : rénover l'offre de soins de premier recours pour garantir l'égal accès aux soins pour tous, notamment en améliorant la répartition dans la région des médecins et des professionnels paramédicaux libéraux.

Les axes de ce type de projet

- Partir du « terrain » des professionnels de santé afin de déterminer et définir un projet de santé adapté au territoire donné et qui permet de créer une dynamique locale, de consolider l'existant, de prendre en compte les attentes des jeunes confrères (attractivité du projet et de l'organisation professionnelle).
 - Avec l'approbation de l'ensemble des acteurs de terrain avec le concours des instances professionnelles comme l'URML, l'ARS, l'Assurance Maladie, les partenaires publics, les syndicats professionnels...
- Le pôle de santé, basé sur un projet médical de territoire, est un élément majeur de la politique d'aménagement du territoire.
- Le mode de fonctionnement et d'organisation du pôle de santé est également un élément primordial à la réussite du projet.

5

Diapositive 5

Le projet de Condé-sur-Noireau : imaginatif et professionnel, cohérent, avec une valeur ajoutée environnementale

Le projet repose avant tout sur un projet médical et humain.

- Depuis 3 ans (2009???), des rencontres et réunions de travail associant professionnels de santé, élus du territoire et réseaux concernés ont permis d'élaborer le contenu du projet.
- Par sa dimension liée à l'aménagement du territoire, la Communauté de Communes s'est faite le porteur et coordinateur du dossier, même si la gouvernance est étroitement liée à l'association qui regroupe à la fois professionnels de santé et services à la personne.
- La MSA Cotes Normandes accompagne les promoteurs du projet, notamment dans l'élaboration du projet de santé. Elle s'appuie sur son expérience locale et nationale d'accompagnement des projets de maisons de santé et sa bonne connaissance des territoires ruraux. (à développer)

Premiers descriptifs

D'une superficie de 1350 m2, les espaces se répartiront sur trois niveaux desservis par ascenseur

Les professionnels de santé engagés dans le projet :

- 3 médecins généralistes,
- 1 infirmière libérale
- 2 dentistes
- 3 kinés
- 2 pédicures-podologues
- 1 centre de soins infirmiers
- 1 SSIAD
- L'Hôpital de jour de Vire
- autres professionnels : 1 ambulancier
- possibilité d'accueil de consultation de médecine spécialisée : pneumologie, cardiologie.

Ils sont regroupés en association du pôle de santé libéral et ambulatoire du bassin de vie de Condé sur Noireau

- Des espaces mutualisés : salle de réunions/conférences (organisation de télé conférences et télé formations) et des bureaux complémentaires.
- Prévoir le rapprochement de l'offre de formation des besoins recensés via le téléenseignement.
- Prévoir l'accueil des professionnels remplaçants ou stagiaires (créant ainsi un mode d'accueil pour une garde ou une absence prolongée.)

Diapositive 7

Le financement

- le coût du pôle de santé pluridisciplainaire est estimé à près de 2 millions d'euros pour les 1350 m2 créés.
- Condé Intercom porte par emprunt ou partenariat l'acquisition de la totalité des terrains et la construction de ce pôle. Elle recherche les subventions possibles pour ce type de projet et met en place un bail avec les professionnels présents avec paiement d'un loyer assis sur l'investissement, compris frais annexes, net des subventions éventuelles.
- Le modèle économique : le loyer volontairement attractif, présentera des conditions optimales et incitatives notamment pour l'installation des jeunes professionnels.

Une réponse aux objectifs attendus

Ce projet de pôle de santé pluridisciplinaire de Condé-sur-Noireau répond aux objectifs attendus des professionnels de santé :

- mutualisation de moyens
- mutualisation des connaissances
- 1 seul lieu, 1 dossier unique
- décloisonnement de la médecine libérale et hospitalière <

Il est novateur et exemplaire :

- apport de la télésanté
- projet évolutif, construit selon une démarche participative des professionnels de santé, des élus et des partenaires institutionnels
- site accessible, à proximité du centre ville, au carrefour de plusieurs quartiers
- conçu en terme de développement durable
- environnement exceptionnel, au cœur d'un espace vert lui-même au cœur de la ville

Sous réserve de la finalisation du montage juridique *(quels obstacles? À préciser)*, le début des travaux pourrait intervenir fin 2011.

9

Diapositive 9

L'accès via une cour avancée, avec regard sur le parc



ANNEXE 3.

Caisse des Dépôts : quel accompagnement des projets territoriaux ?



Diapositive 1



ETAT des LIEUX

- Démographie médicale préoccupante
- Profession généraliste peu attractive
- Répartition géographique inégale
- Facteurs aggravants en zone rurale
- Facteurs aggravants en zones urbaines sensibles
- Des besoins de santé qui augmentent et évoluent

Mardi 15 mars 2011 - Paris

Diapositive 2



POLE DE SANTE : Un projet social

Un projet d'innovation sociale

- 1) Lieu physique de regroupement
- 2) Disciplines différentes : médicales, paramédicales
- 3) Dimension évolutive :mise en communs de moyens techniques, de moyens humains...)

Objectifs:

- Rupture de l'isolement
- Mutualisation des moyens
- Exercice professionnel compatible avec la qualité de vie

Mardi 15 mars 2011 - Paris

Diapositive 3



POLE DE SANTE : Un projet de santé

Un projet d'innovation en santé

- Continuité et coordination des soins en journée entre les différents acteurs
- Informations et dossier médical partagé
- Prise en charge élargie à la prévention, à l'éducation sanitaire....
- Permanence des soins
- Articulation avec les établissements de santé du Territoire de santé
- VALIDATION du projet par l'ARS

Mardi 15 mars 2011 - Paris



POLE DE SANTE : Un projet de Territoire

Un projet de Territoire

- Implantation pertinente sur des territoires en risque de désertification médicale
- Partenariat étroit entre et avec les Collectivités territoriales et locales (Conseil Régional, Conseil Général, Communauté de Communes, Commune)

Mardi 15 mars 2011 - Paris

Diapositive 5



POLE DE SANTE: Le volet immobilier

RESULTANTE D'UN PROJET

CONSENSUS Politique de Territoire CONSENSUS des acteurs de Santé

- 1. Les professionnels de santé eux-mêmes
- 2. La collectivité locale (ou ses satellites)
- 3. Un tiers investisseur (avec ou sans les professionnels de santé)

Mardi 15 mars 2011 - Paris



Caisse des dépôts

- Etablissement financier « public » au service de l'intérêt général
- Présence territoriale avec 22 directions régionales
- Investisseur, prêteur ou banquier dans le monde de la santé :
 - banquier : Sécurité sociale, structures médico sociales
 - prêteur à taux bonifiés sur longues périodes : structures médico sociales, Plan hôpital 2012
 - Investisseur maitre d'ouvrage immobilier : Sanitaire, EHPAD, structures accueil handicapés FAM, MAS....., pôles de santé

Mardi 15 mars 2011 - Paris

Diapositive 7



Caisse des dépôts à votre écoute.....à vos côtés.....

Ingénierie des territoires : Partenaires des collectivités locales

Apporteur de solutions

Mardi 15 mars 2011 - Paris

ANNEXE 4.

Communauté de communes du Grand Auch : l'enjeu d'un projet médicosocial Projet de PER « Gers Santé ruralité »

Accès aux soins de 1ier recours en zones rurales Santé à domicile et autonomie (SADA) Prévention santé

& Développements associés, pour chaque thème, des solutions @santé



Diapositive 1

Etat des lieux et problématiques

- Des difficultés croissantes d'accès aux soins et services de 1^{ier} recours en zones rurales
 - Médecins généralistes et spécialistes non remplacés
 - Paramédicaux
- Prendre en compte le vieillissement de la population
 - Capacités, organisations, contenus des services
 - Accompagnement à domicile
 - Prise en charge à domicile
- Prévenir l'obésité, le vieillissement et le cancer
 - · Recrudescences pathologies chroniques
 - Nutrition
 - Activité physique

Enjeux de la démarche

- Garantir sur les territoires ruraux du Gers un service public d'accès aux soins
 - sauvegarde voire développement des emplois afférents
- Contribuer à l'émergence des organisations sanitaires et médico-sociales de demain en zones rurales
 - Construction collective du territoire de santé gersois
 - Décloisonnement progressif des disciplines
- Garder « une longueur d'avance » en matière de prévention santé,
 - Mettre en œuvre collectivement des politiques de prévention santé

Diapositive 3

Ambition du PER Gers santé ruralité

- faire du département du <u>Gers</u> une <u>référence en matière de santé et</u> <u>d'autonomie</u>
 - En pensant l'organisation* de la santé en milieu rural à horizon de 15/20 ans,

* Pour les 3 problématiques identifiées

par la qualité et la pertinence

- de l'organisation de son territoire de santé,
- la mise en œuvre de nouvelles technologies en établissements, à domicile au service du patient et de son entourage,
- le développement de politiques de santé préventives
- Le déploiement de solutions @santé qui apportent une valeur ajoutée à la relation patient / soignant
- contribuer à l'élaboration d'une méthodologie expérimentale de construction du « territoire de santé » départemental
 - · Répondant aux besoins et attentes des patients
 - · Impliquant tous les professionnels et acteurs de santé
 - Prenant en compte l'aménagement du territoire départemental et ses spécificités (maillage territorial)
 - Transposable à l'ensemble du territoire moyennant adaptations aux contextes locaux

Les objectifs du PER Gers santé ruralité

- Répondre au problème de démographie médicale et garantir l'accès aux soins et services de santé
 - · maisons pluridisciplinaires de santé
 - zones du territoire retenues pour les maisons de santé (validé ARS)
 - → Mauvezin→ Vic Fezensac
 - · Liens entre acteurs du parcours de soins
 - Établissements
 - professionnels
- Construire le « parcours de soins intégré du patient »
 - accompagnement à domicile(SADA)
 - · maisons pluridisciplinaires de santé
 - lihéraux
 - · hospitalisation à domicile (HAD)
 - · CH, EPS, EHPAD
 - Dans le cadre du Plan directeur de télémédecine du CH d'Auch pour le territoire de santé gersois

Dans le cadre de l'Espace Numérique Régional Santé de l'ARS et en lien avec le Centre d'Expertise @ Santé du CHU deToulouse

Diapositive 5

Les objectifs du PER Gers santé ruralité

- Améliorer les processus d'aide et d'accompagnement à domicile
 - · CLIC et MAIA
 - information, orientation, assistance et coordination
 - Acteurs privés et publics
 - et en lien avec les autres intervenants, médicaux, sociomédicaux voire sociaux, au service de l'usager / patient.
- prévention de la santé basée sur l'équilibre de l'alimentation et l'activité physique
 - en lien avec le futur Institut Hospitalier Universitaire du CHU de Toulouse) / le territoire gersois a candidaté auprès du CHU pour être "territoire rural test"
 - · Dans le cadre du PNNS et autres dispositifs

L'@santé : les objectifs du PER Gers santé ruralité

- Le Gers comme territoire expérimental et de développement des technique @ santé
 - · Le PER Gers santé ruralité
 - découle du Plan directeur de télémédecine du CH d'Auch pour le Territoire de santé gersois
 - Sera conforme au schéma @santé de l'ARS en cours d'élaboration
 - Pourra être en lien avec le plan d'action du CE@S du CHU Toulouse
 - Il permet de relayer au plan départemental, via ses participants et notamment ceux de la filière « aide et accompagnement à domicile » (dont les soins infirmiers) les politiques et déploiements innovants de l'ARS, du CNR SADA et du CE@S, qu'il s'agisse
 - d'organisation,
 - de méthodes
 - de nouvelles technologies.

Diapositive 7

Stratégie

- utiliser la démarche de PER pour fédérer l'ensemble des acteurs
 - · Patients-usagers-citoyens/professionnels/responsables publics
 - Contribuer à la construction <u>collective</u> du territoire de santé gersois (au sens de la loi HPST)
 - autour du CH d'Auch : hôpital pivot du territoire de santé du Gers
 - en lien avec le CHU de Toulouse
- positionner le Gers comme « territoire expérimental » des démarches menées
 - Par l'ARS en matière d'« accès aux soins de 1^{ier} recours » maisons de santé « nouvelle génération » et de coordination des
 systèmes d'information et de télésanté
 - par le CH Auch et le Centre d'Expertise @ Santé du CHU de Toulouse pour développer les politiques de « santé à domicile et autonomie »
 - Par l'IHU pour la « prévention santé ».

Périmètre et contenus des projets

- Maison de santé
 - Localisées en accord avec ARS (Vic Fezensac et Mauvezin)
 - Avec rattachements libéraux Cologne , Jegun et Montesquiou
- @santé (cf Plan directeur télémédecine CH Auch et TS gersois)
 - Télétransmission :
 - · ARS et Etat
 - CH Auch et Condom + les 8 EPS
 - Les 2 Maisons de santé retenues (DMP) et les cabinets de libéraux associés
 - Mauvezin + libéraux Cologne
 - Vic- Fezensac + libéraux Jegun et Montesquiou • Le CHU Toulouse + établissements de recours toulousains publics et privés
 - · Cabinets privés
 - Téléexpertise téléstaff téléconsultation
 - Idem
 - · Établissements privés
 - Télésurveillance
 - · Idem +
 - Patients suivis
 - HAD Croix-rouge et CH Auch
 - Professionnels libéraux dont médecins et infirmières
 - · Cabinets cardio, diabéto et dermato privés
 - Liens MDS / médecins libéraux / para-médicaux dont sociaux et médico-sociaux / EPS et EHPAD / CH pivot / CHU et Etablissements privés
 - Vers un « Parcours de soins intégré du patient »

Diapositive 9

Périmètre et contenus des projets

Prévention santé

- primaire:
 - création de programmes de prévention santé au sein des territoires cibles de la petite enfance au public sénior
 - action spécifique vers les adolescents
- secondaire:
 - création de cours d'Activité Physique Adaptée (APA),
 - évaluation du changement des comportements des publics,
 - dispositif local de suivi "patient efFORMip",
 - création d'un Centre Médico Sportif basé à l'hôpital d'Auch

SADA

- faciliter la coordination des professionnels de la prise en charge des usagers/patients, dans les moments clés du parcours de soins et d'accompagnement (sortie d'hospitalisation ou entrée en structure, maintien au domicile . . .)
 - grâce à l'accès aux données nécessaires, via un dossier social gérontologique partagé
- garantir la présence des services d'aide et de soins à domicile, à proximité des lieux de vie,

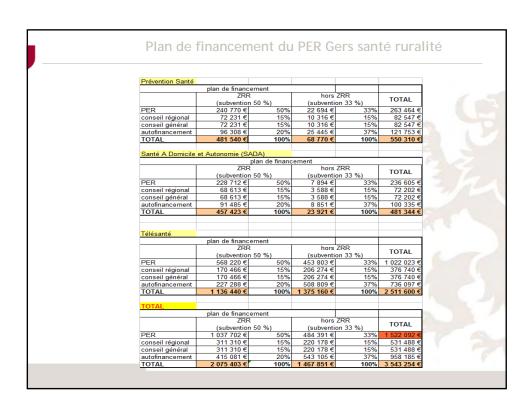
 par la création d'un réseau départemental des services d'aide et d'accompagnement à domicile ;
- explorer des solutions innovantes de surveillance et de suivi à domicile,

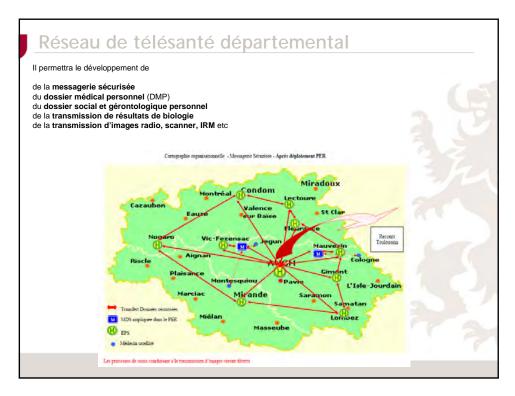
 - sur un public cible, basées sur des technologies nouvelles de domotique

La gouvernance du PER Gers santé ruralité

- Portage UDCCAS en phase de lancement / préfiguration
 - Copil + cotech / thème
 - Ressources ingénierie
 - Maisons de santé
 - MO locales
 - CH d'Auch
 - @santé
 - ARS Midi-Pyrénées
 - → Ingénieur SIH CHG Auch
 - CE@Santé du CHU toulouse
 - Prévention primaire
 - Réseau Auch « Sport santé » dont EFFORMIP, REPOP
 - SADA
 - UDCCAS et UNCCAS
 - CG32
- GCSMS « Gers santé ruralité »
 - en phase de généralisation des démarches

Diapositive 11





Diapositive 13

ANNEXE 5.

Association Elus, Santé publique et Territoires (ESPT) : place et rôle des élus locaux dans l'élaboration d'un projet territorial de santé

Santé et Collectivités locales Quels rôles, place et moyens pour les élus locaux, en milieu rural?

Journée « Mairie-conseils » Paris, 9 juin 2011

Docteur Laurent EL GHOZI
Président de l'Association nationale des villes pour le développement de la santé publique

« Elus, santé Publique & Territoires »

Diapositive 1

Elus, Santé Publique & Territoires

- Association nationale des villes pour le développement de la santé publique
- Créée en octobre 2005 par une douzaine d'élus locaux,
- Pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- par des politiques territorialisées de santé,
- dans un cadre contractualisé avec l'Etat.
- A partir d'un premier travail: Elus et Psychiatres, ORSPERE, Lyon
- Et de la capitalisation à partir des Ateliers Santé Ville.
- Conviction qu'il ne peut y avoir de progrès en santé des populations si les Collectivités ne s'y engagent pas.

E.S.P.T

- Actuellement 63 villes, toutes couleurs, tailles, régions = 7 M hab.
- Sensibilisation et formation des élus locaux, de leurs collaborateurs et partenaires
- Echanges et mutualisation d'expériences
- Deux Journées nationales d'études par an...
- + Actes, diffusion 1000 à 1500
- Séminaire permanent, avec la Commission Santé de l'AMIF
- Communications, colloques, formations...
- Veille législative, réponse aux questions des élus
- Diffusion d'informations aux adhérents
- « Tête de réseau » pour la DGS et le SG-CIV.

Site: www.espt.asso.fr

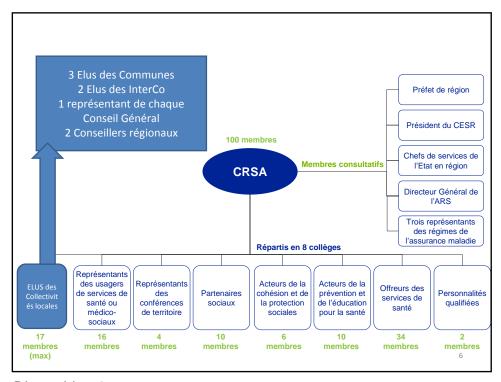
Diapositive 3

La loi HPST et les ARS

- Objectifs essentiels:
 - La réduction des inégalités de santé
 - La démocratie sanitaire
 - La territorialisation des politiques
 - La rationalisation de l'offre
 - L'articulation entre
 - Offre de soins hospitalière
 - » et ambulatoire
 - Prévention
 - Promotion de la santé
 - Médico-social
- Mis en œuvre par les Agences Régionales de Santé,
 - Déconcentration autoritaire
 - Sous l'autorité d'un Directeur général



Diapositive 5



Diapositive 6

<u>Place des élus territoriaux dans les</u> <u>instances de l'ARS</u>

- La Conférence Régionale pour la santé et l'autonomie
 - 2 Conseillers Régionaux
 - 1 Conseiller Général par département
 - 2 élus des EPCI
 - 3 élus municipaux, dont un pour chacune des trois Commissions spécialisées (Orga. des soins, Prévention, Médico-social)
- Les deux Commissions de coordination (Prévention et orga. des soins)
 - Un élu municipal et un élu intercommunal dans chacune
- Les Conférences de territoires
 - Deux élus locaux

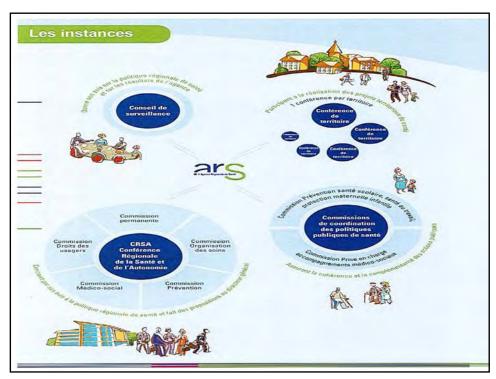
PRESENTS PARTOUT, EN FAIBLE NOMBRE ET SANS POUVOIR DECISIONNEL

Diapositive 7

Les missions de la CRSA

- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est un organisme consultatif qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé (Art. L. 1432-4)
- Missions
 - Elle peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région
 - Elle émet un avis sur la constitution des territoires de santé
 - Elle émet un avis sur le Projet Régional de Santé; le plan stratégique régional de santé; les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale; le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé et sur les Contrats locaux de santé
 - Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé
 - Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

Elle se substitue à la Conférence régionale de santé (CRS), au Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) et au Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS)



Diapositive 9

Préalable : Le Projet régional de santé

- Le PRS est composé de 3 éléments :
 - Le plan stratégique régional de santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région
 - Les trois schémas régionaux d'organisation
 - de la Prévention,
 - des Soins (opposable pour l'offre hospitalière, indicatif pour l'offre ambulatoire) et
 - du Médico-Social
 - Les programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont le PRAPS, le PRIAC et la télémédecine, le contrat pluriannuel de gestion du risque et des programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des Contrats Locaux de Santé.
 - Large concertation prévue, mais pas de co-décision avec les Elus locaux.

RAPPEL...

- La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » affiche l'objectif de garantir un meilleur et égal accès aux soins pour tous les citoyens sur le territoire national...
- ...mais fait le constat territorial de:
 - Zones de sous-densité d'offre de soins et inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire.
 - Inégalité dans l'accès au soins (titre2, article 15).
 - Augmentation des dépenses de santé (9.5% du PIB en 2001 / 11%en 2008) et du reste à charge (dont 2,5 milliards d'€ de dépassements d'honoraires, passés de 25% à 54%)

11

Diapositive 11

Conséquences au niveau local...

- « Désertification » médicale de certaines zones rurales et péri-urbaines
- Croissance des Inégalités Sociales de Santé
- Et des Inégalités Territoriales,
- Aggravées l'une par l'autre
- Et imposant aux Elus locaux de s'engager dans des actions et/ou politiques locales de santé pour répondre aux demandes croissantes.

Les demandes faites aux Elus par...

- Les citoyens:
 - Accès facile et permanent à des soins de qualité et proximité, considéré comme un « service public »
 - Participer aux décisions qui les concernent
- Les Professionnels:
 - Attractivité du territoire,
 - Conditions de travail faciles et sures,
 - Aides à l'installation
- L'ARS et l'Etat:
 - Participation à la mise en œuvre des politiques régionales, sans co-décision ni moyens
 - Contribuer à développer la démocratie sanitaire

13

Diapositive 13

<u>Le Contrat Local de Santé de la loi HPST</u>

- « la mise en œuvre des PRS peut faire l'objet d'un CLS, conclu notamment avec les Collectivités locales et leurs groupements et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »
- Autonomie croissante des CT, lieu de mise en œuvre interinstitutionnelle des politiques sectorielles de l'Etat,
- Sans transfert de financements correspondants
- Exigence de coordination, de partage, de synergie, de transversalité
- Imposant des outils de pilotage partagés
- Nombreuses questions: périmètre? territoire? contenu? financements? Pilotage?

Pourquoi agir en santé au niveau local?

- Incapacité du « système » à réduire les ISS
- Demande croissante de la population aux élus: offre de soins, accès aux soins, à la prévention, égalité
- Inefficacité des grandes campagnes nationales de prévention sans relais local
- Impact de la santé sur tous les autres secteurs, y compris le développement social et économique
- Le « local », lieu d'articulation de toutes les politiques thématiques « déterminants » de la santé
- Contexte socio-politique dégradé, avec impact sanitaire négatif et conséquences sur le lien social local

15

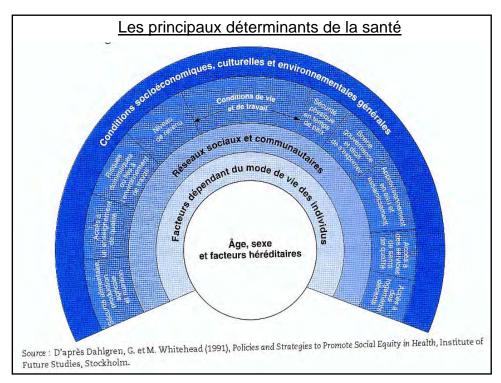
Diapositive 15

Que peuvent faire les Villes?

- Pas de compétences ... MAIS:
- Informées des besoins et sollicitées
- Responsables du « bien-être » de la population, DONT leur Santé
- Responsables de la cohésion sociale, des sécurités...
- Et de nombreuses politiques qui déterminent la « santé »
- Leviers d'action sur les déterminants de la santé
- En capacité d'agir directement et indirectement sur leur territoire: « la santé dans toutes les politiques »

donc LEGITIMES à agir et capables de s'autosaisir

(clause de compétence générale)



Diapositive 17

BEH janvier 2007, Martin HIRSCH, Haut Commissaire aux solidarités actives

- L'espérance de vie augmente régulièrement, mais les inégalités de santé ne se réduisent pas...
- Des inégalités qui ne touchent pas seulement les extrêmes, mais qui sont marquées entre les ouvriers et les cadres.
- Dès l'école on détecte des différences dans la prise en charge des troubles de la vue, des caries dentaires et bien sûr dans l'évolution du surpoids.
- Pour cette moitié du vingtième et unième siècle, on peut penser que tout ce qui réduira la précarité du travail, la précarité du logement, luttera contre la paupérisation au travail, augmentera les bas revenus... contribuera à réduire les inégalités de santé. Il y a de quoi faire...
- On constate que souvent les grandes politiques de prévention ont davantage tendance à accroître les inégalités qu'à les réduire
- Les campagnes de prévention doivent donc être conçues en fonction de cibles prioritaires, qui sont les catégories sociales les plus modestes.
- La réduction des inégalités de santé est donc au cœur de la cohésion sociale.

Sur quelles valeurs?

- SOLIDARITE: combat pour l'EGALITE de tous sur son territoire dont l'accès à la SANTE pour TOUS
- TRANSVERSALITE: en lien avec toutes les autres politiques municipales, Intersectorielle
- PARTENARIAT: Interprofessionnel, Interinstitutionnel,
- PARTICIPATION: en s'appuyant sur tous les acteurs, privés et publics,
- DEMOCRATIE et implication des habitants
- PROXIMITE,
- INTERET GENERAL, servi par les SERVICES PUBLICS et non par le seul marché

= CHOIX POLITIQUE

19

Diapositive 19

Analyse partagée du territoire et de ses difficultés:

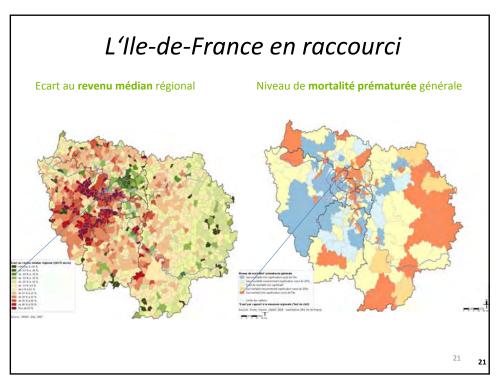
Constats:

- inégalité SOCIALES et TERRITORIALES: « faire la preuve »
- Demandes et besoins croissants de la population: identifier, prioriser, justifier
- Difficultés (économique, sociale, géographique, culturelle...)
 d'accès, raréfaction de l'offre
- Action possible sur de nombreux déterminants: sensibiliser, mobiliser tous les acteurs

>> Conclusion:

les Villes DOIVENT s'engager dans la Santé

d'autant plus que leur population est modeste Exemple à Nanterre, mais idem en milieu rural



Diapositive 21

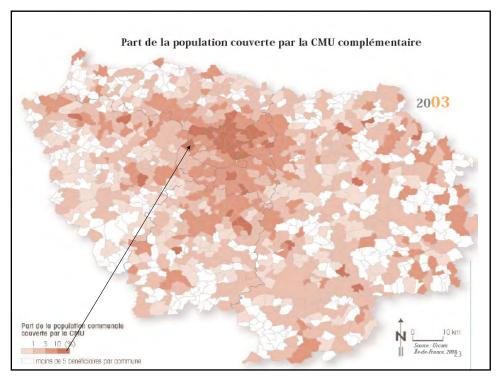
Nanterre....

• Un revenu fiscal moyen par ménage largement inférieur à la moyenne régionale

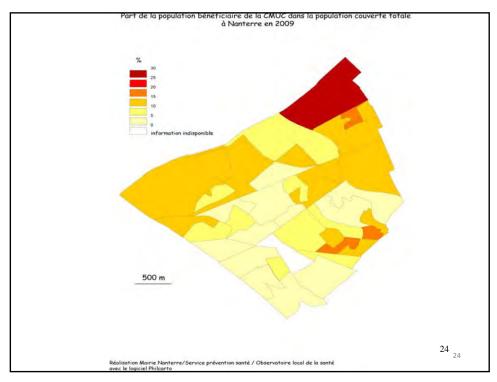
	2004		
	lle de France	Hauts de Seine	Nanterre
Revenu fiscal moyen (en euros)	21 225	24 997	14 936
foyers fiscaux imposables	29 892	33 573	22 827
foyers fiscaux non imposables	6607	6 857	7 044

En 2004, le revenu fiscal moyen déclaré par les ménages Nanterriens est de 14 936 euros (montant inférieur de 67,3% à la moyenne départementale et de 42,2% à la moyenne régionale).

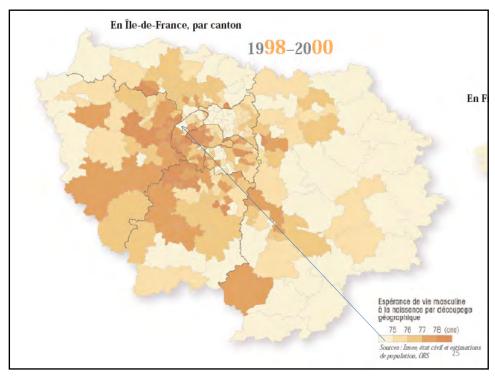
>>Exemple rural: Vals de Saintonge (55 000 hab.): 17 000 € <<



Diapositive 23



Diapositive 24



Diapositive 25

Offre de soins libérale à Nanterre

Médecins en activité : 111

Vals de Saintonge: 54 MG dont 28 > 55 ans

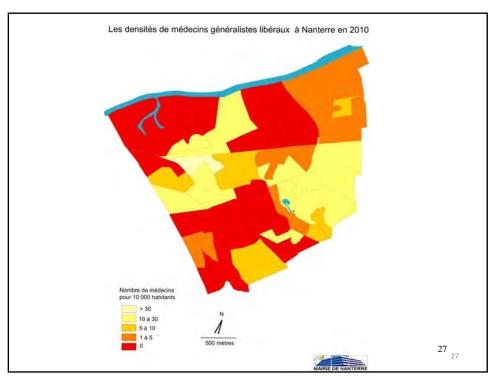
Médecins généralistes : 60 (dont 5 médecins à exercice particulier) soit 54% du total des médecins

Médecins spécialistes : 51 soit 46% du total des médecins.

Densité pour 10 000 habitants* :

	Nanterre	Hauts-de- Seine	Ile de France	
Généralistes	7,1	10,4	9,7	
Spécialistes	6,0	8,6	10,9	
Total	13,1	19,0	20,6	

* population recensement 2004



Diapositive 27

Comment agir?

- 1- Améliorer l'offre de soins
 - Renforcer l'attractivité globale du territoire
 - Regrouper les professionnels: CMS, MSP, Réseaux,
 Pôles de santé...
 - Travailler sur l'accès et sur les pratiques des PdS
- 2- Construire une politique locale de santé
 - Atelier santé ville
 - Déterminants de la santé
 - Ciblage des populations fragiles
 - Contrat local de santé

Difficultés d'accès aux professionnels

- Baisse quantitative modérée jusqu'en 2020
- Mais surtout inégale répartition
- Modes d'activité et installation non régulés
- Non accessibilité financière: secteur II, dépassements
- Exercice essentiellement individuel (46%)
- Permanence non assurée
- Continuité des soins et des prises en charge
- Rupture sanitaire/médico-social

29

Diapositive 29

Attentes des professionnels

- Epuisement professionnel
- Moins d'horaire, moins de contraintes
- Moins de temps « administratif »
- Plus de sécurité, plus de partage
- Incertitude sur l'avenir (investissement?), mobilité
- Complexité des prises en charge des maladies chroniques, nécessairement pluri-professionnelles
- Coût du foncier
- Exigence d'un environnement attractif social, culturel, scolaire... de la proximité d'un plateau technique...
- Carrière professionnelle du (de la) conjoint(e)

Changer de logique... et de système ?

- De la pratique individuelle...
- à l'exercice regroupé, puis
- pluridisciplinaire (actu = 5%),
- puis coordonné voire coopératif...
- De la distribution d'actes de soin à des individus...
- à la prise en charge partagée de la santé de la population.
- Les médecins, « acteurs de santé publique »

31

Diapositive 31

Nanterre: La participation à l'offre de SOINS

** Les 3 Centres Municipaux de Santé:

- Créés après la guerre
- Actuellement
 - 120 000 consultation par an
 - 62 % des nanterriens, de toutes catégories sociales
- Médecins
 - 9,5 ETP
 - 3.5 ETP Médecin généraliste
 - 6 ETP Médecins spécialisés
- Kinésithérapeute 1 ETP
- Infirmier 5 ETP
- Chirurgiens dentistes: 8 ETP

Contribue à l'offre de soins, en particulier là où elle est défaillante

Concurrence... ou Complémentarité?

- Création de nouvelles consultations si:
 - Absence de la spécialité en ville en secteur I (cardio, psy...)
 - Forte valeur préventive (Tabac, Diététicien...)
 - Cohérence avec les priorités de santé publique
 - Besoins nouveaux non couverts
 - Si possible avec des spécialistes de l'Hôpital
 - Permettant de renforcer les réseaux
- Sans charge générale supplémentaire pour la Ville
- Alternative libérale: les Réseaux, les Pôles de santé, les Maisons de santé Pluridisciplinaires...?

Diapositive 33

Les Maisons de santé pluridisciplinaires

- Maintien d'une présence médicale
- Travail en équipe améliorant la qualité du suivi, en particulier pour les • Doit être pluri-professionnelle et maladies chroniques
- Partage des informations
- Améliore les conditions de travail des Pas de garantie de maintien dans la PdS
- Projet médical, participant aux politiques locales de santé
- Inscrit dans le CLS

- Coût global: environ 5000 € /med/an
- + 2% de la consommation / patient
- articulée avec le secteur social...
- Fort investissement dans un DMP
- durée
- Ne peut être seulement un projet « politique »
- Pas de structure juridique stabilisée
- > Exige un projet des professionnels ET des élus convergent
- ➤ Une analyse fine du contexte: population, transport, moyens, démographie...
- > Du temps, de la confiance et un porteur motivé
- > Si financement PUBLIC, obligation de participer au Service de Santé publique

Les missions de santé publique exigibles

- Permanence des soins: la garde, obligatoire
- Accès de tous aux tarifs opposables
- Participation aux actions de prévention et de promotion de la santé
- Continuité des prises en charges,
- Formation des internes
- Production de données épidémio, socio...
- Engagement dans la durée
- Couverture complète du territoire

35

Diapositive 35

Nanterre: Le Service de santé municipal, suite...

** Le Service Prévention et Santé Publique

- Un Responsable de santé publique
- L'Atelier Santé Ville et l'Observatoire local de la santé
- L'Espace Santé Jeunes
- Le Centre médico-sportif
- Les autres actions de SP
- Une vingtaine d'ETP, une trentaine de professionnels impliqués
 - un dispositif public de Santé alliant prévention et soins

Modèle: l'Atelier Santé Ville

Les Ateliers Santé Ville

- Cadre opérationnel du volet santé de la PdV
- Obligatoire dans tous les CUCS (environ 260 ASV actuellement)
- Outil de la loi de lutte contre les exclusions pour la mise en œuvre des PRAPS et CMU
- Au croisement des Politiques de la Ville et de Santé publique
- Fonction des besoins et des ressources locales
- Légitiment l'engagement des Villes en santé

37

Diapositive 37

les objectifs de l'ASV

Réduire les inégalités sociales et territoriales de Santé Articuler Politique de Santé et Politique de la Ville

- Favoriser l'accès la santé : soins, prévention et déterminants de santé
- **Développer la participation active** des acteurs de la santé et de la population elle-même
- Diversifier les moyens d'intervention en fonction des besoins et des ressources par site, à partir d'une analyse très fine du territoire.
- Favoriser **l'évaluation des actions** conduites et des outils mis en place et le pilotage des politiques conduites
- Favoriser la prise en compte de la santé dans toutes les politiques

L'Atelier Santé Ville, volet Santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale, permet de mettre la « Santé » dans toutes les politiques

- Education: santé dans le DRE, prise en compte de la souffrance psycho-sociale, dépistage précoce des troubles du comportement, dents, alimentation...
- Insertion: consultations « longues » pour les bénéficiaires du RMI/RSA, formation et soutien « psy » aux instructeurs...
- Sécurité/prévention: addictions, souffrance psycho-sociale, Conseil local en santé mentale ...
- Habitat: saturnisme, bruit, insalubrité,

transversalité des cinq axes, cohérence de la politique

39

Diapositive 39

Principales thématiques de santé abordées dans les ASV

BASE CUCS

- Accès soins (55% rep)
- Santé mentale (48%)
- Nutrition, alimentation (45%)
- Promotion de la santé (42%)
- Coordination, mise en réseaux (31%)
- Prévention globale (29%)
- Prévention conduites à risques, tox (27%)

ECHANTILLON

- Accès soins (75% rep)
- Pbs nutrition, alimentation (56%)
- Santé mentale (47%)
- Prévention suicide (33%)
- Prévention globale (33%)
- Coordination réseaux (28%)
- Prévention toxicomanie, conduites à risques (25%)
- Promotion de la santé (22%)

Docteur Laurent EL GHOZI Saint Jean d'Angély - 7 juin 2011

La démarche

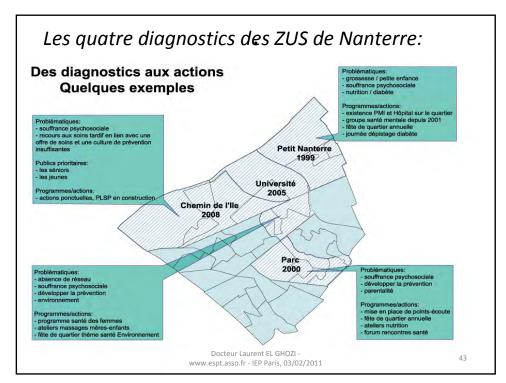
- DIAGNOSTIC SANTE:
 - analyse des **besoins** : Avec les Habitants et les professionnels
 - et des ressources locales: professionnels, associations, historique, dynamique locale...
- Des PRIORITES sont dégagées
- Cohérentes avec les priorités régionales
- Co-pilotage
- ACTIONS réalisées :
 - Prévention primaire, secondaire
 - Mobilisation de la population et des acteurs
- Et EVALUATION...

41

Diapositive 41

Première étape : le **Diagnostic Santé**

- Financement Politique de la ville
- A l'échelle d'un territoire : le quartier Zone Urbaine Sensible (10000 hab)
- Recueil d'indicateurs quantitatifs
 - Sanitaires
 - Sociaux
- Et qualitatifs
 - Santé « perçue »
- Croisement des points de vue pour consensus



Diapositive 43

Choix des actions

- Prioritairement celles reconnues par les habitants <u>et</u> par les professionnels
- Susceptibles d'entraîner une dynamique participative locale
- Pour lesquelles on dispose d'indicateurs de santé fiables et reproductibles permettant de faire la preuve de l'efficacité
- Conditions de mise en œuvre variables d'un quartier à l'autre, f(existant, ressources...)

Le Plan Local de Santé Publique (1/2)

Les actions portées par l'ASV :

- Consultation de psychologue à la PMI (Petit Nanterre)
- Actions collectives sur le quartier du Petit Nanterre
- Le groupe santé mentale du Petit Nanterre : mobilisation des professionnels et des relais associatifs sur le quartier
- Actions collectives sur le quartier Université
- Action santé des femmes
- Actions en faveur des migrants: foyers Sonacotra
- Le « Village Santé » des fêtes de quartiers
- L'Observatoire Local de la Santé

45

Diapositive 45

Le Plan Local de Santé Publique (2/2)

Les autre actions du Service Municipal de la Santé complémentaires , hors dispositif ASV :

- Les actions de promotion de la santé buccodentaire en premier degré
- Les actions d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires et collèges
- Les points écoute dans les collèges (DRE)
- Les CATTP en lien avec les écoles: GTZ, Tournesols, Gorki (DRE CMPP)
- Parcours santé des jeunes en Centre de formation (DIJ)
- Santé des jeunes dans les Foyers de Jeunes travailleurs
- Le pôle animation (accueil des enfants pendant les vacances)
- La santé mentale, Jeunes (MDA) et Adultes (CLSM)

Ensuite, l'Observatoire local de la santé....

- Evaluation des actions et de leur impact sur la santé
- Adaptation des actions
- Transversalité: mobilisation des autres politiques sur la santé
- **Cohérence**: impact de la politique de santé sur les autres thématiques
- Comparaison dans l'espace: quartiers, moyenne régionale...
- Et dans **le temps**: évolution, impact...
- Retour auprès des producteurs et de la population
 - >> <u>Pilotage de la politique de santé, en lien avec</u> <u>l'ensemble de la politique municipale</u>

47

Diapositive 47

l'Observatoire Local de Santé: Observer, pourquoi?

Outil de connaissance de la santé de la population

- En rassemblant et en analysant l'existant...
- Par l'observation régulière de certains thèmes identifiés comme prioritaires.
- Pour mieux comprendre les mécanismes d'accès ou pas à la santé

Outil d'aide à la <u>décision</u> collective: évaluation, adaptation, pilotage:

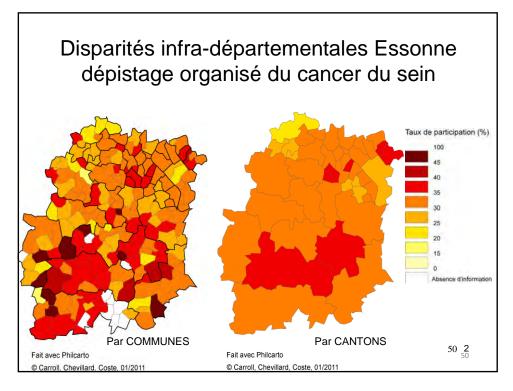
- Affiner les besoins de santé par sites, par population-cible pour mieux adapter les moyens, les réponses aux besoins repérés
- Faciliter la concertation entre les partenaires (dont les habitants)
- Produire de l'analyse pour l'ensemble et pour chaque partenaire
- Eclairer les enjeux, produire du débat et du sens
- Construire une connaissance partagée et évolutive du territoire
- Rendre cette connaissance opérante

Sur quel territoire?

- REGION= programmation, allocation équitable de moyens
- VILLE ou EPCI = mise en place d'une politique locale de santé, intégrée à la politique municipale et intégrant les programmes régionaux, contractualisée dans un CLS;
- QUARTIER voire IRIS = lieu de vie et de proximité, lieu de mobilisation de la population, de mise en lien des acteurs; territoire de l'action.
- Plus on descend, plus on observe des inégalités, plus l'action pourra être ciblée...et efficace!

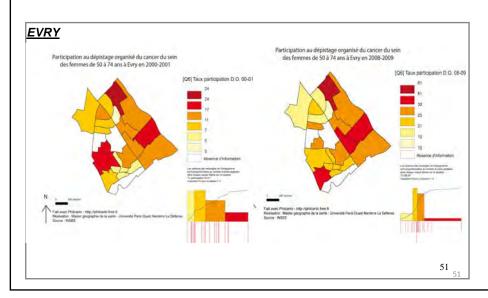
<u>Chaque niveau territorial a des responsabilités et</u> <u>des objectifs spécifiques qui déterminent les critères et donc</u> les **indicateurs** de l'observation

49



Diapositive 50

CARTES DES TAUX DE DÉPISTAGE À DEUX PÉRIODES 2000/2009: DE GRANDES DISPARITÉS INFRA-COMMUNALES



Diapositive 51

Exemple : La promotion de la santé bucco-dentaire

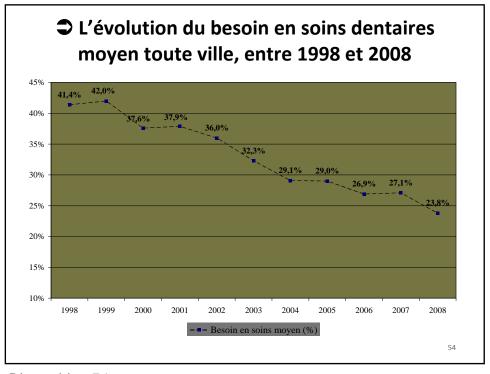
- <u>Un besoin</u> identifié par tous: Enquête auprès des enfants des centres de loisirs 1998
- <u>Une méthode</u>: Santé communautaire
 - Recrutement d'habitantes-relais
 - Intégrée à la vie des quartiers
 - Avec les familles, les écoles...
- <u>6700 enfants</u> examinés en 2007-2008, dont 1148 en élémentaires; 22 Groupes scolaires concernés, dont 10 en ZEP, 6 en REP
- <u>Un indicateur</u> fiable, reproductible: le besoin en soin (+ indice CAO)
- Un suivi épidémiologique par l'OLS
- Des résultats très variables selon les écoles, montrant...
 - Une parfaite corrélation avec les caractéristiques sociales;
 - Amélioration des indicateurs partout, mais...
 - Au début, aggravation des inégalités, donc...
 - Adaptation de l'action.

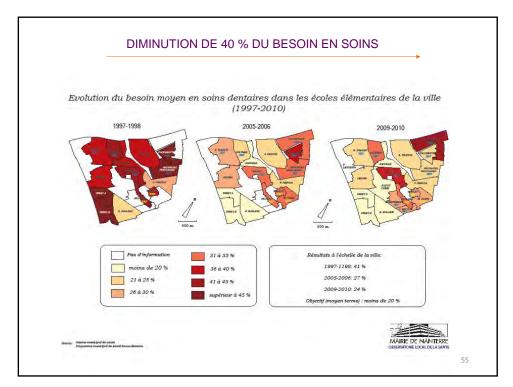
Un programme complet et évolutif

- Un dépistage réalisé par un chirurgien dentiste : état bucco-dentaire et indicateurs de santé dentaire. Bilan adressé aux parents avec une incitation à réaliser des soins.
- Une séance d'éducation à la santé bucco-dentaire dans chaque classe (santé bucco-dentaire, alimentation, importance des soins précoces et des traitements prophylactiques, technique de brossage des dents, prévention des traumatismes dentaires)
- Une animation sur la santé bucco-dentaire autour de « petits déjeuners pédagogiques » avec les parents le samedi matin
- La sensibilisation des enseignants, relais auprès des enfants et des parents
- Des contact via les partenaires-relais avec les parents pour les mobiliser sur l'importance des soins lorsqu'une carence en soins est observée
- Des actions à destination de toute la population en dehors des écoles (Fêtes de quartier, Journée santé Ville-Hôpital)
- Pour tous les enfants de 3 à 11 ans soit 6.572 enfants, maternelles et élémentaires
- Programme financé, évalué, piloté, efficace:
- Bon exemple pédagogique pour les décideurs/financeurs et pour les habitants

53

Diapositive 53





Diapositive 55

Pour conclure...

- Pas de politique de santé sans implication des Collectivités locales et de leurs élus
- Inscription des politiques locales de santé dans la politique régionale
- Démocratie sanitaire, représentative (CRSA) et micro-locale
- Prise en compte des spécificités des différents territoires: 1
- A l'inverse, territorialisation des politiques régionales (PRS): ↓
- Par la création de « Contrat local de santé» avec l'ARS
- Appuyé sur des professionnels regroupés et acteurs de santé
- Piloté à l'aide d'un « Observatoire local de santé »
- Contribuant à la mise en œuvre des schémas régionaux.

ANNEXE 6.

L'expérience de la communauté de communes de l'Autunois



L'expérience du territoire de l'Autunois Morvan



Diapositive 2



Diapositive 3

<u>NOTRE PROGRAMME D'ACTION</u> 1. L'ÉLABORATION D'UN PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ POUR L'AUTUNOIS MORVAN

- RECONNAISSANCE D'UN TERRITOIRE DE PROXIMITÉ AUTUNOIS MORVAN (bassin de vie rayonnant sur 3 départements)
- UNE CONCERTATION DE TOUS LES ACTEURS DE CE TERRITOIRE

ORGANISATION DES ASSISES DE LA SANTÉ



Le 28 janvier 2011 à Autun

Objectif:

Mobiliser tous les acteurs autour d'un Projet Local de Santé

- RENCONTRES AVEC LES 3 CONFÉRENCES DE TERRITOIRES, la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie), l'ARS (Agence Régionale de Santé)
- DÉFENDRE UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ SPÉCIFIQUE À NOTRE TERRITOIRE DE PROXIMITÉ

2. UNE STRATÉGIE DE MAINTIEN ET D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Objectifs:

- FAVORISER LE PARTENARIAT PUBLIC / PRIVÉ
- ASSURER LE RENOUVELLEMENT OPTIMAL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
 - Créer des Maisons Médicales pluridisciplinaires et conforter l'existant
 - Maintenir le renouvellement des professionnels de santé (Généralistes, spécialistes, dentistes, pharmaciens, infirmiers, ...)
- AMÉLIORER LES DISPOSITIFS DE GARDE, PERMANENCES DE SOINS
- PROMOUVOIR LA SANTÉ EN DÉVELOPPANT DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION Á LA SANTÉ (Mutualisation et coordination des actions menées par le Pays de l'Autunois Morvan et l'Atelier Santé Ville d'Autun)